

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Françoise MARETTE

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris.

Née le 6 novembre 1908, à Paris (Seine).

Psychanalyse et Pédiatrie

Le Complexe de Castration
Étude Générale — Cas cliniques

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Françoise MARETTE

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris.

Née le 6 novembre 1908, à Paris (Seine).

Psychanalyse et Pédiatrie

Le Complexe de Castration
Étude Générale – Cas cliniques

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FÉY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547910_0024

A MA FAMILLE

A TOI PHILIPPE, tout spécialement,

En témoignage de ma tendresse, en souvenir des peines et des joies partagées au cours de notre apprentissage confraternel de la Médecine et de la Psychanalyse.

Ton affection, ta patience indulgente, ta compréhension généreuse ont été le soutien dans les moments de doute, de solitude morale, le réconfort toujours, dans le chemin de la vie où pas à pas, fraternellement en me prenant la main tu me donnas confiance.

A toi, je dédie ce travail qui est à cause de tout cela, tien autant que mien.

A VOUS MARC SCHLUMBERGER

Qui m'avez initiée à la Psychanalyse; à vous, l'ami incomparable aux heures les plus difficiles, en témoignage de mon affection profonde.

A LA MÉMOIRE DE JEAN FROIS-WITTMANN

L'ami au cœur secret et généreux, dont l'originalité d'esprit et la pénétration des faits psychologiques faisaient espérer le plus grand avenir dans la Science psychanalytique.

A TOUTES ET A TOUS MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine.

Membre de l'Académie de Médecine.

Médecin des Hôpitaux.

*Qui a bien voulu accepter ce travail sur
la Psychanalyse.*

*Qu'il trouve ici l'expression de ma re-
connaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Dans son service à l'Hôpital Cochin j'eus le bonheur de prendre contact pour la première fois avec les malades et la médecine. La clarté de son esprit, la méthode et l'élégance de texte des observations dont il imageait les cours qu'il nous faisait restent dans mon souvenir, des modèles de clinique française.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale et Orthopédique.

Externat.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVEUF

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HEUYER

Médecin de la Clinique Annexe de Neuro-psychiatrie Infantile
de la Faculté de Paris.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE

Médecin à l'Hôpital des Enfants Malades.
Médecin de l'Hôpital Pasteur.

En témoignage de reconnaissance pour l'année d'externat passée dans l'ambiance familiale et sympathique de son service où, en qualité « d'ancien », on est heureux de revenir et toujours amicalement accueilli.

En témoignage encore de mon admiration pour son savoir encyclopédique, pour la sage prudence de son esprit clinique, pour la sûreté de son diagnostic, pour son désintéressement scientifique.

Remplacement d'Interne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND-DELILLE

Médecin à l'Hôpital des Enfants Malades.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDOUIN

ET MONSIEUR LE DOCTEUR GOURION

Médecins-Chefs des Asiles de la Seine.

Qui ont bien voulu me prodiguer leur enseignement psychiatrique pendant les mois de remplacement d'Interne que je fis à Maison-Blanche.

A MADAME LE DOCTEUR SOPHIE MORGENSTERN

Assistante de Psychanalyse à la Clinique Annexe de Neuro-psychiatrie Infantile de la Faculté de Paris.

En témoignage de ma filiale affection, de ma gratitude pour ses conseils et pour ses encouragements dans mes premiers pas de psychanalyse infantile, de mon admiration pour sa profonde compréhension de l'âme enfantine.

A MADAME LE DOCTEUR CODET

Assistante de Psychanalyse à la Consultation de Bretonneau et des Enfants Assistés.

Qui a bien voulu accepter ma collaboration à la consultation du mercredi où depuis 1936, déjà elle se chargeait entièrement de la Psychothérapie psychanalytique.

AU DOCTEUR RENÉ LAFORGUE, en souvenir de mes débuts dans la Psychanalyse et à tous CEUX DE LA SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE de Paris qui m'ont aidé de leur enseignement, de leurs conseils et de leur amitié, tout particulièrement aux DOCTEURS LEUBA, LÆWENSTEIN, ODIER, SPITZ à qui je dois les bases de ma formation psychanalytique thérapeutique.

A MADAME MARIE BONAPARTE

PRINCESSE GEORGES DE GRÈCE

C'est à son inlassable activité, à sa générosité, à sa probité scientifique, à ses vastes connaissances psychanalytiques, à son intelligence sensible que je veux rendre hommage ici. Puisse-t-elle trouver aussi l'expression de ma gratitude pour le bienveillant accueil qu'elle m'a toujours réservé, pour ses encouragements, pour l'exemple qu'elle donne. Je lui dois d'avoir pu travailler à l'Institut de Psychanalyse qu'elle a voulu créer à Paris et dont elle est l'animatrice.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EDOUARD PICHON

Médecin des Hôpitaux de Paris.

Chef de Service à la Consultation de Médecine de l'Hôpital Bretonneau.

Qui a bien voulu m'accueillir dans son service depuis un an pour seconder Madame Codet. Il m'a donné la possibilité matérielle de faire ce travail et les encouragements qui, moralement m'étaient indispensables. Je le remercie très vivement de l'amitié qu'il veut bien me témoigner, de nos cordiales discussions, des critiques bienveillantes et de la confiance dont il m'honore.

Je veux lui dire ici, la joie que je prends à travailler à sa consultation du mercredi, où dans une entente parfaite, il y a cohésion et entraide de ses collaboratrices.

INTRODUCTION

Sommaire.

BUT GÉNÉRAL DU TRAVAIL : MONTRER LA RÉALITÉ CLINIQUE DERRIÈRE LES DÉCOUVERTES DE LA PSYCHANALYSE.

RAPPEL DES DÉBUTS DE FREUD.

FREUD PHILOSOPHE ? HOMME DE LABORATOIRE, MÉDECIN, THÉRAPEUTE.

AUCUN MÉDECIN NE PEUT RESTER ÉTRANGER A LA CHOSE PSYCHANALITIQUE.

EXEMPLE D'UN CONFLIT AFFECTIF PATHOGÈNE.

— ANAMNÈSE SIMPLE.

— ANAMNÈSE AVEC CHAMP D'INVESTIGATION PSYCHANALYTIQUE.

— LA THÉRAPEUTIQUE QUI EN DÉCOULE.

NÉCESSITÉ POUR TOUS LES MÉDECINS, SURTOUT LES PÉDIATRES, D'AVOIR DES NOTIONS DE PSYCHANALYSE.

EXPOSÉ DU SUJET QUI SERA TRAITÉ.

Par ce travail, nous nous proposons de contribuer à la clinique psychanalytique.

Des études assez nombreuses déjà ont été consacrées à l'exposé de la Psychanalyse, à sa conception nouvelle des névroses caractérisées, à son intérêt dans la pratique psychiatrique. Les idées générales sur la structure de la personnalité, qui datent des découvertes de FREUD — dynamisme de l'Inconscient, refoulement, notion de complexes — sont connues de tous à présent. Nous laissons à d'autres le soin de discuter les théories. Pour notre part, nos connaissances psychanalytiques, nous ont été d'un secours important dans la pratique journalière à l'hôpital.

On ne sait pas assez que FREUD, loin d'être un philosophe aux vues originales et révolutionnaires, était, avant de devenir psychiatre, un homme de laboratoire. Il s'était formé à la discipline rigoureuse des expériences scientifiques et de l'explo-

ration à l'œil du microscope. Avec une objectivité rare, que cette première formation a contribué à développer, FREUD s'est appliqué à l'étude des phénomènes psychologiques. Ses théories élaborées à partir de l'observation clinique des malades de CHARCOT, puis de BERNHEIM, n'étaient à ses yeux qu'hypothèses de travail aussi longtemps que la suite de ses études cliniques n'en avait point apporté confirmation. C'est la raison pour laquelle on assiste à l'évolution de ses conceptions théoriques, au fur et à mesure de la parution de ses travaux. Devant les problèmes nouveaux dont il ne trouvait pas l'explication avec le jeu de ses postulats, il se remettait à l'étude jusqu'à en trouver une solution temporairement satisfaisante, quitte à la discuter encore, selon que la thérapeutique corollaire, appliquée à des cas semblables, confirmerait ou infirmerait la justesse de ses vues.

FREUD allait ainsi élaborer progressivement et faire connaître au public, séduit ou rebelle à l'assimiler, sa doctrine essentiellement originale.

Il était médecin avant tout. Il voulait soigner, il visait à guérir. De même que les recherches chimiques de ses débuts visaient un but pratique — et la découverte de la cocaïne devait les couronner — de même, ses recherches patientes dans le domaine psychologique étaient seulement conduites par le souci du médecin que la thérapeutique habituelle laissait désarmé devant les maladies mentales.

Nous avons souvent entendu des confrères de bonne foi, nier aux théories psychanalytiques un fondement réel, traiter la sexualité infantile de pure invention, et ses manifestations, de menus faits, sinon inconvenants, du moins inintéressants à approfondir. Il n'est jusqu'au « Complexe d'Edipe » que certains accusent d'être une vue de l'esprit ou un conflit monstrueux réservé à certains individus anormaux.

Pour ceux qui vivent dans le contact permanent des enfants, s'ils ont la sincérité d'enregistrer ce qu'ils voient, ils apportent maintes observations à l'appui des découvertes de la Psychanalyse. Mais s'il n'était question que de la joie toute spéculative de voir se confirmer des hypothèses, on pourrait admettre que la question laisse indifférents ceux que leur rôle

pratique social éloigne de leur table de travail et du laboratoire, j'ai nommé les éducateurs et les médecins. On oublie quelquefois dans ces polémiques, que, si la Psychanalyse ouvre des voies d'études nouvelles à l'historien, au sociologue, au psychologue, son intérêt le plus grand, auquel nul médecin ne peut rester indifférent, c'est que la méthode psychanalytique, partie de la clinique, a une fin thérapeutique.

On est surpris de constater au cours des études médicales classiques, qu'il n'y soit pas une fois fait mention de l'importance énorme de l'appoint moral dans les troubles physiologiques. Armé de nos systèmes d'observations scientifiques, de plus en plus perfectionnés, de nos ressources thérapeutiques tirées de la pharmacodynamie, la bactériologie, la chimie, la physique, la psycho-chimie, les découvertes pastoriennes, nous voyons de nombreux cas rebelles à nos soins.

En présence d'insomnies, de dépressions physiques, d'asthénies, de spasmes, d'angoisses, à traductions digestives ou cardiaques, le médecin embarrassé met en jeu son arsenal médicamenteux, sans succès.

On admet fort bien les réactions physiologiques de la peur, du « trac », de la souffrance morale, de l'inquiétude, de tous troubles fonctionnels à point de départ psychologique en rapport avec une cause objective connue et qui disparaissent avec elle, mais devant des troubles du même ordre dont la cause n'est pas objective, les malades — car ce sont des gens qui souffrent et qui demandent les soins des médecins — s'entendent dire : « Ce n'est rien — c'est nerveux ».

Que des conflits affectifs puissent entraîner des désordres graves dans la santé générale, nous n'en donnerons qu'un exemple.

C'est le cas d'une *fillette de 3 ans 1/2*, JOSETTE, amenée à la consultation de M. le Docteur DARRÉ, aux Enfants Malades pour un état général inquiétant, amaigrissement, pâleur, anorexie, désintérêt de ses jeux, nervosité, insomnie avec cauchemars dont l'enfant se réveillait en proie à des crises de nerfs. La mère faisait remonter les troubles à une quinzaine de jours; à leurs débuts, elle n'y avait pas pris garde, mais devant leur aggravation et l'abattement de l'enfant en dehors de ses crises nerveuses, elle s'était décidée à consulter.

L'examen somatique était négatif, le médecin avait ordonné du gardénal et un stimulant de l'appétit.

Huit jours après, on ramène Josette, le poids a encore diminué d'une livre en huit jours. Elle est toujours abattue, sans fièvre, mais l'enfant, propre depuis plus d'un an, recommence à mouiller son lit.

Grâce à ce symptôme de l'énurésie, auquel on savait que je m'intéressais du point de vue psychologique, mon camarade m'appelle et me dit : « Elle relève peut-être de vos soins ». Je recommence l'interrogatoire de la mère en précisant les dates d'une façon serrée. Nous apprenons que les cauchemars ont commencé il y a trois semaines exactement. Le caractère de l'enfant s'est modifié en même temps; de gaie et vivante, elle est devenue taciturne et indifférente. Les réveils nocturnes entraînaient la gronderie des parents, de véritables crises de nerfs s'ensuivaient, et devant l'état qui s'aggravait, on avait conduit Josette à l'hôpital. Cette première visite remontait à une semaine, c'est-à-dire 15 jours après le début des symptômes.

Apparemment, il n'y a rien eu dans l'entourage de l'enfant pour l'impressionner. Je demande où couche Josette. Dans la chambre de ses parents. « Mais, ajoute la mère, nous trouvons, mon mari et moi, qu'elle est trop grande maintenant, et nous avons décidé, il y a quelque temps, d'acheter un divan pour la faire coucher à la salle à manger ».

Je demande des précisions de dates.

— « Il y a trois semaines environ que la décision a été prise, et nous avons même acheté le divan, mais naturellement, nous n'avons encore rien changé, j'attends qu'elle soit rétablie. »

Je souligne la coïncidence de ces trois semaines.

— « Pensez-vous, me répond la mère, elle est bien trop petite pour comprendre. Elle ne le savait même pas. Son père et moi ne lui en avons pas dit un mot à elle-même, et pour vous convaincre, figurez-vous, Docteur, qu'elle n'a même pas fait attention au nouveau divan qui est dans la salle à manger. C'est un vrai bébé. »

Je voyais l'enfant qui sur les genoux de sa mère la regardait depuis le début de l'entretien d'un air un peu hébété, elle se mit à me fixer attentivement dès que j'eus parlé de la coïncidence des troubles avec le projet d'achat du divan.

L'enfant, par ces symptômes dont le mobile lui était inconscient, montrait le refus de quitter la chambre de ses parents, d'abandonner sa mère à son père.

Nous ne sommes pas entrés dans la détermination de chacun des symptômes : cauchemars, terreurs nocturnes, anorexie, énurésie, perte des intérêts de son âge. Tous traduisaient une angoisse entraînant des symptômes névrotiques régressifs.

Comprenant le conflit qui se jouait dans l'enfant, nous avons expliqué à la mère, et devant Josette, que son enfant souffrait moralement,

qu'il fallait l'aider à supporter l'idée de se séparer de ses parents, à être traitée en grande fille, ce dont elle avait peur.

J'ai expliqué à Josette qu'elle voulait rester comme un bébé pour ne pas quitter maman. Peut-être croyait-elle qu'on l'aimait moins, que papa voulait se débarrasser d'elle ? La petite, très attentive, écoutait et pleurait silencieusement. Les parents ont supprimé les remèdes et ont suivi nos conseils.

Le soir même, papa et maman ont parlé à Josette du changement prochain. Papa a été plus câlin avec elle que d'habitude, il lui fit envisager un avenir nouveau, il lui décrivit l'école où elle irait bientôt avec d'autres enfants, la grande fille qu'elle allait devenir et dont il serait fier.

— Quatre jours après, la mère revient, et me dit que l'enfant est plus calme. Sans gardénal elle a dormi d'un sommeil léger, mais sans cauchemars, l'énurésie a persisté les deux premières nuits et on n'a pas grondé l'enfant. Depuis deux jours, l'incontinence nocturne a cessé, l'appétit est revenu et l'enfant est gaie dans la journée. Elle pose de nombreuses questions. (L'angoisse a disparu et l'enfant a reconquis son niveau affectif normal).

Je propose qu'elle couche maintenant dans l'autre pièce et je l'explique à Josette qui acquiesce. Je conseille au père d'aller embrasser la petite au lit. Et j'ajoute que sous aucun prétexte, il ne faudra que les parents la reprennent dans leur chambre.

— Huit jours plus tard, la mère revient avec une Josette rieuse et fière. Tout va bien. L'appétit, le sommeil et la gaieté sont revenus. L'enfant prend des airs de fillette et c'est elle-même qui a demandé à sa mère de venir le dire à la Doctoresse.

Ceci n'est qu'un de ces cas, plus moraux que psychiques, devant lesquels la thérapeutique habituelle reste inefficace et ce sont des cas que ne voit jamais le psychiatre, mais le médecin de médecine générale. Les symptômes organiques seul, alarment les parents. C'est l'interrogatoire poussé, guidé par la connaissance des mécanismes névrotiques et du dynamisme de l'Inconscient qui peut mettre en évidence l'origine : le traumatisme psychologique (voir p. 161).

De même que pour conduire l'anamnèse d'un cas somatique, il faut savoir ce qu'on cherche, tout en ayant l'oreille à tout ce que peut nous apprendre le malade, de même pour l'étude des troubles du comportement mêlés à des troubles organiques (car, à part dans les psychoses, il en est toujours

ainsi), faut-il connaître la « physiologie générale » du psychisme.

Tout médecin devrait avoir des notions exactes sur les principaux écueils que rencontrent tous les individus au cours de leur développement et sur le fonctionnement énergétique du psychisme. Ceci dit principalement pour tous les médecins d'enfants à qui incombent en collaboration avec les éducateurs la prophylaxie des névroses; mais aussi pour tous les autres qui se trouvent désarmés devant des symptomatologies fonctionnelles inexplicables organiquement, mais qui ne l'avouent pas au malade, le laissant lui-même se décourager, aller d'un médecin à l'autre, l'éconduisant plus ou moins nettement. Pourtant, ce sont des gens qui souffrent, et qu'un traitement psychanalytique pourrait améliorer, sinon guérir.

Privé de la connaissance de la physiologie mentale, le médecin fait penser à un chirurgien qui ne connaîtrait pas le bistouri, et qui, devant un abcès chaud, tenterait de cacher la tuméfaction et l'enduirait de topiques analgésiques au lieu de vider l'abcès. Tels sont les « calmants nerveux », les « changements d'air ».

La nature, dira-t-on, peut faire elle-même le travail. D'où le « avec le temps », « prenez patience » qu'on dit aux malades fonctionnels. Oui, mais la cicatrice sera laide et la suppuration longue.

L'abcès peut aussi s'enkyster, l'infection se localiser. Jugulé en apparence, le foyer infectieux peut se réveiller, à l'occasion d'un moment de moindre résistance générale ou d'un traumatisme au point sensible. (Angoisses, obsessions, dépressions morales, insomnies, troubles cardiaques ou digestifs apparaissant brusquement chez un adulte, à propos d'une émotion ou d'un événement malheureux, auquel il saurait réagir s'il n'y avait pas eu le noyau névrotique infantile prêt à se réveiller).

Ou bien, il peut survenir des dégénérescences (rein, foie), prouvant l'atteinte profonde d'un état général qui paraît à peu près normal, tandis qu'à bas bruit, il est submergé par le mal. (Ce qui correspond dans cette comparaison à des bouleversements de la personnalité en profondeur qui éclatent sans que

rien les ait fait prévoir apparemment : comme les états schyzo-phréniques, les délires, certaines psychoses). On répondra dans le cadre de cette comparaison : les médecins ne sont pas chirurgiens, ils ne peuvent donc être psychanalystes ou psychothérapeutes. C'est vrai, surtout pour des opérations importantes, mais le médecin sait faire le diagnostic d'une maladie chirurgicale, et confier son malade au chirurgien, ils travaillent en collaboration. De plus, si le chirurgien et le médecin se sont partagés les rôles, ils ont néanmoins l'un et l'autre des notions, plus ou moins étendues de leur art respectif. Et, s'il y a carence de l'un ou de l'autre, dans un cas urgent, le médecin peut quelquefois remplacer son confrère, tout au moins dans la petite chirurgie, et le chirurgien devant une maladie, ausculter, diagnostiquer et prescrire, en attendant le spécialiste.

C'est ce qui, malheureusement, n'existe pas encore pour la Psychanalyse. Elle est, pour la plupart des médecins — dont beaucoup l'ignorent encore — du domaine de la psychiatrie seule ou du charlatanisme. Ils en entendent parler avec méfiance, de vieilles plaisanteries leur reviennent en mémoire. Et, il faut l'avouer aussi, les écrits sur la question, pour la plupart en langue étrangère, sont inaccessibles à beaucoup. Ceux de langue française, traductions ou originaux, sont encore peu connus. On leur objecte d'être ardues, trop théoriques, remplis de termes bizarres (sorte de langage de petite chapelle) qui ne se rapportent à rien de clinique.

Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention des cliniciens sur le cas de malades amenés journellement à consulter les médecins — et non les psychiatres — et dont le diagnostic ainsi que la thérapeutique relèvent de la Psychanalyse.

Nous avons choisi des observations où les réactions névrotiques sont la base exclusive, ou presque, des symptômes pour lesquels on consulte le médecin, et que la compréhension de celui-ci rend de ce fait attaquables par sa thérapeutique affective — et non médicamenteuse. Nous avons cherché à exposer succinctement et clairement pour ceux qui n'ont pas de notions préalables sur la doctrine et la pratique psychanalytique, ce qui

nous paraît nécessaire à la compréhension — au moins intellectuelle — de ces exemples cliniques.

L'importance des traumatismes infantiles dans tous les ouvrages qui traitent de la Psychanalyse étonne parfois le lecteur. Pourtant, chacun sait que, parmi les maladies et les chocs les plus traumatisants chez tous les individus, les plus graves sont ceux qui attaquent un organe de moindre résistance, ou qui réveillent une lésion ancienne dont la guérison n'est pas encore assurée. Ce qui est vrai dans le domaine physique l'est aussi dans le domaine psychique. Or, l'une des causes très souvent alléguées par les psychanalystes dans l'étiologie des symptômes névrotiques est le « Complexe de Castration ». C'est pourquoi, voulant illustrer la théorie par des exemples, nous avons choisi pour ce travail un tel sujet.

Les cas dont nous parlerons sont des plus simples, sans être simplifiés artificiellement, parmi ceux dont la symptomatologie groupe les réactions inconsciemment déterminées par le complexe de Castration.

C'est la raison pour laquelle nous limiterons l'exposé clinique à des cas d'enfants. Nous essaierons de montrer tour à tour :

— Le comportement d'un individu qui vit et résout son complexe de Castration à l'époque de son apparition normale.

— Les symptômes névrotiques qui apparaissent chez les enfants dont ce complexe reste en activité alors qu'il devrait déjà être résolu.

— Et le réveil, à l'aube de l'âge adulte, de l'activité traumatisante du complexe de Castration chez des sujets dont le comportement avait jusque là paru normal.

Quant aux cas pour lesquels le psychiatre est d'emblée consulté, nous n'y ferons que des allusions, car nous les avons à dessein, éliminés de ce travail.

Il en sera de même pour les adultes, à part quelques généralités cliniques. En effet, les limites de ce travail ne nous permettraient pas d'exposer assez en détail un nombre d'observations suffisant pour être probant sans être fastidieux. La symptomatologie, chez eux, est plus riche et les différentes réactions

plus intriquées, mais en fait, ce sont toujours à la base les mêmes mécanismes. *Chez tout adulte*, et même s'il est psychologiquement sain, on peut retrouver devant certaines difficultés au cours de son existence, les traces du Complexe de Castration, tout au moins dans ce témoin de l'activité inconsciente qu'est le rêve. *Chez les névrosés*, il entre pour une très grande part, dans la détermination des syndromes, d'où l'analyse peut les dissocier.

C'est d'ailleurs par les psychanalyses, ne l'oublions pas, qu'on a pu établir l'universalité des conflits engendrés au cours du développement humain, et entre autres, du Complexe de Castration qui marque définitivement l'activité du sujet selon la façon dont il réagit dans l'enfance.

CHAPITRE I.

HYPOTHESES FREUDIENNES

Sommaire.

1. SIGNIFICATION DU TERME « Complexe de Castration ».

2. La physiologie affective selon la psychanalyse.

INSTANCES DE LA PERSONNALITÉ. — CONSCIENT. PRÉCONSCIENT. INCONSCIENT. — L'INCONSCIENT, SON RÔLE. — PASSAGE D'UN AFFECT DE L'INCONSCIENT DANS LE CONSCIENT, ECUEILS. — ANGOISSE. INHIBITION, SYMPTÔME. — REFOULEMENT (DE LA CHARGE AFFECTIVE LIÉE A L'AFFECT). — RÉGRESSION (A UN STADE ANTÉRIEUR DU DÉVELOPPEMENT LIBIDINAL). — SUBLIMATION. — RÉSISTANCE.

3. Conséquences de technique analytique.

1. — SIGNIFICATION DU TERME « COMPLEXE DE CASTRATION »

Pour ceux qui nous lisent et qui ne sont pas familiarisés avec les ouvrages de Psychanalyse et les termes qu'on y rencontre constamment, nous essaierons d'exposer le plus brièvement et le plus clairement possible le sens des expressions que l'on rencontrera dans la discussion des observations.

Déjà, le titre peut être une énigme. De quoi parlons-nous, qu'est-ce qu'un complexe ? Quel sens donnons-nous à Castration dans l'expression « Complexe de Castration » ?

Un COMPLEXE est un conflit entre les pulsions et les interdictions.

Les PULSIONS sont des émois physiologiques qui demandent un assouvissement. Elles sont ici d'ordre affectif.

Les INTERDICTIONS auxquelles elles se heurtent sont également d'ordre affectif. Elles sont issues de principes moraux communs à l'éthique de toutes les civilisations humaines.

Pulsions et interdictions sont inconscientes, donc *ce conflit* (en l'occurrence le complexe de Castration) *est inconscient*.

Mais les réactions engendrées par la situation conflictuelle ont pour théâtre le sujet lui-même. Sa personne consciente pense et agit selon des modes qui découlent à son insu de déterminations inconscientes et que son besoin de logique réussit à trouver rationnelles. Elle peut encore assister, impuissante à les modifier, à des manifestations somatiques découlant elles aussi, de déterminations inconscientes ignorées du sujet. Car c'est par le truchement au système nerveux végétatif, que sont extériorisés la plupart des états affectifs inconscients, comme aussi de bien des états affectifs conscients (larmes, rougeur de la peau, chair de poule) provoqués par des émois conscients.

Quant au terme de *Castration*, il signifie dans le langage courant, la destruction intentionnelle des glandes génitales, ce qui entraîne la suppression des besoins sexuels et du comportement phragmatique concomitant, à l'âge adulte.

Mais le terme « *sexuel* » pour Freud et les Psychanalystes ne qualifie pas uniquement les manifestations instinctuelles en rapport avec l'acte génital de la procréation. Il englobe tout ce qui caractérise des activités hédoniques associées à des états affectifs.

La CASTRATION au sens psychanalytique signifiera alors la frustration des possibilités de satisfaction sexuelle.

Comme nous le verrons au chapitre suivant, l'organisation sexuelle passe successivement au cours du développement, par plusieurs stades que l'on qualifie du nom de zone érogène élective, sur laquelle alors est centré l'hédonisme. C'est ainsi que l'on peut trouver dans la littérature psychanalytique des expressions logiquement inintelligibles comme « *Castration orale* », « *Castration anale* ». En effet, le « Com-

PLEXE DE CASTRATION », lorsqu'il n'est pas autrement qualifié, signifie la frustration de possibilités de satisfaction sexuelle, telle qu'elle est instinctuellement recherchée à partir du stade, dit « phallique », stade que caractérise affectivement la situation œdipienne.

De même qu'on ne peut étudier la physiologie d'un organe sans décrire son rôle par rapport à l'ensemble de l'économie générale, de même serons-nous obligés de brosser un tableau d'ensemble du développement psycho-physiologique de l'individu et de son économie affective, pour situer à sa place le complexe de castration.

Le chapitre II sera consacré à l'exposé de l'évolution instinctuelle.

Pour l'intelligence du texte, nous avons consacré le chapitre présent aux hypothèses freudiennes, concernant, si l'on nous passe l'expression, la « *Physiologie affective* » telle qu'on peut la schématiser dans tout psychisme, les rouages qu'on lui prête et leur fonctionnement.

Au fur et à mesure que nous rencontrerons des termes psychanalytique, couramment employés, nous en dirons le sens. Car malgré notre désir d'employer le moins de termes scientifiques que possible, il en est que nous ne pourrions éviter, sans risquer de rendre notre texte lourd et incompréhensible à cause des périphrases continuelles que nous devrions répéter.

Beaucoup de ces termes soulèvent, parmi certains psychanalystes français de vives oppositions. En effet, les termes choisis ne sont pas toujours heureux et prêtent souvent à confusion. Il n'est que de voir par exemple la différence entre le sens courant de castration et le sens freudien de ce mot. Le « Moi » des psychanalystes n'est pas le Moi des philosophes, etc. Cependant nous avons préféré employer ici les termes qu'à juste titre ou non on emploie le plus généralement dans les écrits français sur la question. Ceci pour deux raisons, la première est de faciliter la lecture ultérieure des ouvrages de psychanalyse à ceux qui s'y intéresseraient, la seconde, c'est que nous préférons, quant à nous, ne point prendre part à ces que-

relles sur les mots, non que nous nous en désintéressions, mais parce que la décision de remplacer tel ou tel mot jusqu'à présent en usage ne peut se prendre que d'accord avec tous les psychanalystes de langue française. De plus, le but que nous nous proposons ici est de montrer au public médical, derrière les mots quelque rébarbatifs qu'ils soient, les instruments et les moyens d'expression d'une science nouvelle qui a beaucoup à dire et mérite d'intéresser tous les cliniciens.

C'est dire que, quelque reconnaissance que j'aie à Monsieur Pichon pour les matériaux de travail que m'a fournis son service, je n'ai pas voulu employer la nomenclature qu'il conseille. Je ne me range pas à son avis quand il entend extirper dès maintenant les termes vicieux qui encombreront les écrits psychanalytiques, qui font, selon lui, le plus grand tort à la diffusion des découvertes psychanalytiques. Personnellement connue on le verra, j'emploie souvent des expressions qui ne sont pas classiques parce qu'elles me semblent utiles pour compléter le sens des expressions habituelles, et pour les éclairer sans les supprimer. Dans le tableau schématique du développement de la sexualité, on verra quelques expressions de cet ordre.

2. — LA PHYSIOLOGIE AFFECTIVE SELON LA PSYCHANALYSE

Les instances de la personnalité.

Ce qui précède nous conduit à donner un bref exposé de la personnalité, telle que l'envisage la psychanalyse. N'oublions pas qu'il s'agit de schémas, donc de concepts artificiels et commodes pour l'étude, et gardons-nous de voir dans ces INSTANCES DE LA PERSONNALITÉ des compartiments étanches et des entités réelles.

On distingue le *Çà*, le *Moi*, et le *Sur-moi*¹.

(1) Pour Monsieur PICHON : *Pulsorium, Actorium, Suasorium*.

le ÇA. Siège des pulsions. Source de force libidinale, force aveugle qui, à la manière d'un fleuve doit trouver à s'écouler.

La LIBIDO étant à la sexualité ce que la Faim est à la Nutrition.

le MOI. Siège des satisfactions et des malaises réels. C'est par son intermédiaire que le Ça entre en contact avec le monde extérieur.

Noyau limité, organisé, cohérent, et lucide de la personnalité.

Tampon entre le Ça et le monde extérieur d'abord, puis à partir de 6-7 ans entre le Ça et le Sur-moi.

le SUR-MOI. Sorte de mentor formé par l'assimilation des expériences permises ou non par le milieu extérieur lors des premières années de la vie.

Siège d'une force inhibitrice qui joue aveuglément elle aussi.

Incapable d'évoluer sensiblement de lui-même après 8 ans, même si les circonstances de la vie changent totalement les exigences du monde extérieur.

Quand nous disons que le Ça et le Sur-moi sont le siège de force aveugle, nous voulons dire que leur fonctionnement se passe dans l'inconscient. Le Moi n'est d'ailleurs qu'en partie conscient.

FREUD est le premier qui donna à l'Inconscient une place prépondérante dans la vie psychique.

Qu'entend-on par conscient, inconscient, préconscient ?

Pour FREUD, est CONSCIENT l'ensemble des idées que nous pouvons nous représenter à un moment donné.

Toutes celles qui sont à ce moment hors de notre champ conscient, on dit qu'elles sont dans l'INCONSCIENT. Mais ici encore, il faut distinguer entre l'ensemble des idées que nous pouvons évoquer à volonté, ce sera le PRÉCONSCIENT, et d'autre

part l'Inconscient proprement dit qui reste en grande partie inconnu du Conscient, et qui est en quelque sorte, du *Préconscient virtuel*.

Mais l'Inconscient n'est pas un réceptacle obscur et muet de représentations psychiques inutiles.

Par l'étude des phénomènes d'actes post-hypnotiques observés chez BERNHEIM, FREUD constatait que l'acte ordonné sous hypnose s'imposait à la conscience. tandis que ni l'ordre reçu du médecin, ni le souvenir de l'hypnose ne revenaient à la mémoire. Et qui plus est, si l'on demandait au sujet qui exécutait un ordre apparemment absurde, la raison de ce faire, il invoquait n'importe quelle justification suffisante à ses yeux alors qu'elle allait souvent contre toute logique.

FREUD conclut : l'idée de *l'acte à faire* était dans l'Inconscient, cette idée est devenue consciente et elle est passée de l'inconscient dans le Conscient accompagnée d'une incitation à agir. L'idée de *l'ordre reçu* n'est pas apparue dans le Conscient et c'est pourtant elle seule qui est devenue efficiente :

Un phénomène psychique peut donc être inconscient et efficient.

L'observation des hystériques devait l'amener à la conclusion que la suggestion extérieure de l'hypnotisme et la suggestion intérieure de l'hystérie sont des phénomènes à peu près identiques. Dans les autres formes de névrose, et même dans la psychologie de l'homme sain, La psychanalyse montre le rôle prédominant des idées actives inconscientes.

Cependant une différence est à remarquer, c'est que l'acte commandé, une fois réalisé, ne joue plus aucun rôle dans l'Inconscient du sujet. Alors que la poussée inconsciente, émanée de l'énergie libidinale propre au sujet lui-même, a tendance à se manifester d'une façon répétée selon un rythme variant avec chaque individu.

Freud émet l'hypothèse que tout acte psychique est d'abord inconscient, puis tend à devenir préconscient, et conscient.

Il peut s'arrêter en chemin et y rester s'il se heurte à de fortes résistances, ou rebrousser chemin et retourner à l'Inconscient s'il y a danger à ce qu'il demeure Conscient ou proche de l'être. Mais ce n'est pas un jeu de passe-passe, c'est un *jeu de forces*.

Un acte psychique qui tend à se manifester, cela signifie *une idée liée à une charge affective*. Cette charge une fois déclanchée doit trouver une utilisation, elle est une des manifestations de la libido qui ne se peut définir pas plus qu'on ne peut définir le phénomène de la « vie » dont elle est inséparable. Nous pouvons utiliser la vie organique; modifier ses manifestations, mais une fois déclanchée, la vie ne s'arrête que par la mort, c'est-à-dire par la destruction de l'intégrité du corps. De même, la libido ne se laisse pas modifier dans son dynamisme, mais seulement dans ses manifestations.

Il arrive que cette poussée libidinale trouve des interdictions dans ce monde extérieur dès son apparition. *L'idée est refoulée, mais la charge affective demeure et provoque de l'angoisse*, et dans le cas que nous venons de décrire, où l'interdiction est *extérieure* au sujet, on dit que L'ANGOISSE EST PRIMAIRE.

L'angoisse, malaise ineffable, voit sa violence soumise à l'intervention de deux facteurs. D'une part, de la quantité de la charge affective libidinale déliée de son support l'idée, d'autre part de l'entrave plus ou moins totale et catégorique imposée à la pulsion.

Si la charge affective trouve à se lier à une autre idée, mieux tolérée par le monde extérieur, on assistera à l'apparition d'un SYMPTÔME; utilisation méconnaissable de la pulsion refoulée. Cette apparition *délivre le sujet de son angoisse*. C'est un avantage pour l'économie libidinale.

Mais ce n'est que dans les premières années de la vie que les pulsions se heurtent au monde extérieur, dès les premières expériences elles se heurtent à des interdictions qui ont leur siège dans la personnalité du sujet lui-même (le Sur-moi).

Une comparaison classique nous fera comprendre la formation du Sur-moi. On met des poissons dans un bocal et l'on sépare un jour le bocal en deux par une plaque de verre transparente. Les poissons enfermés dans chacun des 2 compartiments du bocal tenteront vainement de traverser le mur transparent, et s'y heurteront jusqu'au jour où ils agiront « comme s'ils » n'avaient plus envie de sortir du compartiment qui leur est réservé. Ils ne se heurteront plus jamais à la cloison. Si on retire celle-ci, au bout de quelques semaines, sans troubler l'eau, on pourra constater que les poissons continuent à se comporter comme si la barrière existait toujours; l'interdiction est devenue « intérieure », elle fait partie de « l'optique » de ces poissons.

C'est ainsi qu'agit le Sur-moi. Il assimile les interdictions du monde extérieur, afin d'éviter au sujet les pénibles déconvenues continuelles, mais une fois formé, le Sur-moi est rigide. Grâce à lui, les pulsions sont entravées dans leurs manifestations spontanées dès leur apparition dans l'Inconscient par des interdictions intérieures. Celles-ci *entrent en résonance* sans aucune participation nécessaire du préconscient ou du conscient, chaque fois qu'une association inconsciente s'établit entre les idées actuelles et les idées qui avaient, lors des premières expériences de l'enfance entraîné une répression suivie d'angoisse primaire.

A ce mécanisme on donne le nom de REFOULEMENT. Le refoulement ne porte que sur les idées liées aux charges affectives d'origine pulsionnelle. Les charges affectives qui, nous l'avons dit, ne peuvent pas être refoulées, provoquent dans le conscient, par accumulation de force nerveuse inassouvie, une angoisse dont le sujet souffre et dont il ignore la cause. On réserve le nom d'angoisse primaire à la souffrance résultant d'un conflit entre les pulsions libidinales et les interdictions extérieures au sujet. A celle qui résulte d'un conflit entre le Sur-moi et le Ça à l'intérieur même de la personnalité du sujet, on donne le nom d'ANGOISSE SECONDAIRE. Celle-ci cherche à se libérer dans un symptôme réactionnel qui permet la décharge affective (la charge affective se lie à une autre idée). Cette nou-

velle traduction peut être tolérée ou non par le monde extérieur ou la partie consciente du sujet. S'il y a encore refoulement ou répression, l'acte psychique ne pourra aboutir à l'apaisement instinctuel, il y aura encore angoisse, celle-ci déterminant un symptôme toujours animé affectivement de la charge libidinale déliée de l'idée primitivement refoulée. On peut ainsi arriver à une intrication de symptômes si loin de leur point de départ originel qu'il faut un travail lent « d'analyse » pour en retrouver la cause.

Ceci fait comprendre comment une psychothérapie psychanalytique peut agir chez l'enfant car son Sur-moi, s'il commence à se former à 7-8 ans, n'atteint sa rigidité définitive qu'à la fin de la puberté, tandis qu'il est nécessaire de recourir à la thérapeutique longue que représente une « vraie psychanalyse » dès qu'il s'agira d'un adulte.

Nous pouvons comparer la libido à l'eau d'une source. Elle doit s'écouler, on peut l'empêcher de sourdre à son point d'émergence, alors elle fera irruption en un autre point.

A son apparition, l'eau s'appelle source, elle n'a pas fait quelques mètres qu'elle s'appelle ruisseau. Qu'est-ce qu'un ruisseau ? De l'eau qui coule à l'air libre, et en empruntant un chemin au dépens du sol, dans lequel il creuse un lit dont la profondeur et les méandres sont fonction, à la fois de la qualité du terrain et de la quantité du débit.

Que le sol se dérobe, l'eau tombera en cascade et en acquerra encore plus de force pour le moment où elle rencontrera de nouveau le sol. Sa marche est inexorable.

Dans cette comparaison, si l'eau représente la libido, le sol sera assimilé à la personne humaine, et le ruisseau ce seront les idées et les actes par lesquels se manifeste la libido.

Si l'on veut arrêter le cours du ruisseau, on dressera un barrage, mais il doit être renforcé au fur et à mesure que la poussée augmente, et si vaste soit-il, si puissantes soient ses parois, il ne fera obstacle que pendant un certain temps au-delà duquel il sera submergé, à moins que des brèches en laissent écouler le trop-plein ou qu'on y ménage une issue. Une issue par où le réservoir se déversera en alimentant une usine

électrique par exemple. Et c'est le rôle du Sur-moi qui favorise les « SUBLIMATIONS » : utilisations de la libido dans des activités sociales tolérées ou stimulées par le monde extérieur.

Mais si le débit d'écoulement du déversoir n'est pas en rapport avec celui de la source, l'eau devra trouver à s'écouler par des brèches spontanées, c'est le rôle des SYMPTOMES réactionnels, ces brèches se font au point de moindre résistance..

La condition sera remplie quand la libido reprendra un chemin déjà employé par les charges pulsionnelles au cours du développement. Des pulsions d'un stade évolutif donné, qui ne pouvaient atteindre le Conscient, serviront après une période de refoulement muet (temps de latence) à réveiller ou à renforcer des tendances en rapport avec une période antérieure du développement et qui, à cette époque avaient été tolérées.

Le réinvestissement de telle ou telle tendance se fait en vertu de « POINTS DE FIXATION ». C'est-à-dire, un ensemble de conditions dépendant de la constitution même du sujet, de l'hérédité et des événements extérieurs qui ont contribué à mettre l'accent sur ces tendances, lors de leur apparition normale.

Ainsi, l'eau du réservoir, sous la poussée de la masse en crue, enfoncera les écluses qui fermaient les issues où l'eau s'était engagée temporairement en attendant l'achèvement du barrage et de l'usine électrique.

Ces symptômes sont quelquefois d'accord avec le Moi et s'incorporent au caractère. Depuis les traits de caractère (paresse, cupidité, arrivisme, etc...), jusqu'à la perversion. Ou bien ils ne sont pas d'accord avec lui et ce sont alors les cérémoniaux obsessionnels, les idées délirantes, les phobies dont l'individu éprouve la présence comme étrangère à lui. Ou bien, ce sont des symptômes organiques (dits de conversion hystérique) : Une zone érogène ancienne, qui posséda à un moment l'exclusivité, devient le siège de phénomènes douloureux ou désagréables par l'intermédiaire du système nerveux végétatif (tranchement de l'angoisse).

De toutes façons, le Moi ne reconnaît pas la pulsion, tandis

que celle-ci trouve néanmoins une réalisation et c'est LE RÔLE ÉCONOMIQUE DU SYMPTÔME.

Mais ce qui se passe pour l'eau à la surface de la terre, n'est pas entièrement comparable à ce qui se passe pour la libido dans un individu. Car la force inhibitrice qui s'oppose aux manifestations des pulsions émane de l'individu lui-même.

L'élément dynamique du Ça, c'est la libido.

L'élément dynamique du Sur-moi est aussi la même libido.

Sans Sur-moi, pas de civilisation possible, car grâce à lui, une économie considérable de travail est épargnée au Moi. Celui-ci qui est en contact avec la réalité ne peut tolérer l'intrusion constante d'idées fortement chargées d'affects, qui se heurteraient à une impossibilité pratique de réalisation et qui entraînerait directement ou indirectement la mort. Le travail continu de choix et de renoncement (répression) est évité ainsi au Moi grâce au REFOULEMENT émanant du Sur-Moi. (Nos poissons se comportent fort à l'aise dans un bocal réduit qui les gênait au début).

Si les sublimations utilisent au maximum le dynamisme des pulsions refoulées, et quand le Sur-moi laisse encore une marge assez grande au Ça pour qu'il trouve à ses instincts des satisfactions permises directement, tout ira bien et l'individu sera pratiquement sain, c'est-à-dire adapté à son milieu. Le refoulement sera muet.

Si la libido subit un ralentissement d'intensité de la part de sa source physiologique, ou si la force du Sur-moi est de beaucoup supérieure à celle dont le Ça pourra disposer, le refoulement sera encore supporté pratiquement par le sujet.

Mais si les possibilités de sublimations sont insuffisantes et que le Ça soit très violent, il y aura une tension que traduira l'angoisse, le Sur-moi devra se montrer extrêmement sévère et on assistera à des formations réactionnelles, soit d'accord avec le Moi et ce seront des perversions, soit sans accord et ce seront des névroses caractérisées.

Si d'autre part, les poussées vitales répétées du Ça accaparent pour rester dans l'Inconscient une vigilance impérieuse

du Sur-moi, on peut arriver à un blocage plus ou moins total de la libido utilisée contre elle-même. Cette force immobilisée alors dans des mécanismes inconscients, est d'autant moins disponible pour le Moi, c'est-à-dire pour le reste des activités du sujet, et l'on peut aboutir à des états allant jusqu'à la psychose.

On pourrait croire que le sujet serait heureux si on lui restituait un peu de son énergie bloquée, surtout quand cela s'accompagne de souffrance du Moi, on se tromperait. Ce fut l'erreur des premières années de la méthode psychanalytique ¹ où l'on communiquait naïvement aux malades eux-mêmes le sens de leurs symptômes névrotiques. *Le sujet déploie inconsciemment une opposition sourde et passive*, dès qu'on tente de dissocier les couples de forces antagonistes par la psychanalyse. Il réagit *comme si* une défense existait, alors même que le Moi du sujet désire de bonne foi se soumettre au traitement et aider le médecin de sa meilleure bonne volonté.

On donne à ce phénomène le nom de RÉSISTANCE. Son rôle est de *préserver* le Conscient de l'irruption des idées inconscientes et, de même que l'angoisse avait provoqué le refoulement, c'est elle encore qui entre en résonance dès que les interprétations analytiques apportent une libération possible (vers le Conscient) des idées et des souvenirs refoulés, et à ce signal la vigilance du Sur-moi se renforce de plus belle.

3. — CONSEQUENCES DE TECHNIQUE ANALYTIQUE

Ce mécanisme, si gênant soit-il, au cours de nos traitements, et même pour la pénétration des idées psychanalytiques dans les milieux intellectuels, nous ne devons pas oublier qu'il répond à une utilité : préserver par son intégrité l'équilibre de la personnalité. Il suffit de penser à la décharge de force libidinale qui se met au service de la motricité dans une crise de

(1) Et encore actuellement de ceux qui, armés de notions de psychanalyse aiment à interpréter autour d'eux les symptômes et les rêves, ce qui peut avoir un intérêt de curiosité, mais quand il s'agit de sujets névrosés, peut entraîner des effets néfastes, pénibles et même dangereux.

manie aiguë où les pulsions déchainées du Ça ne sont plus maintenues par les règles sévères du Sur-moi. Ceci explique pourquoi la méthode actuelle de psychanalyse vise à l'attaque du refoulant et non du refoulé.

Actuellement le *traitement analytique est basé sur l'analyse des Résistances*, et la méthode n'est pas une interprétation intellectuelle que le médecin donnerait à son malade comme la clef d'un rébus. La thérapeutique nécessite le « TRANSFERT », c'est-à-dire la situation affective positive ou négative, le plus souvent mixte, du malade vis-à-vis de son médecin.

Cette attitude existe d'ailleurs dans toutes les relations humaines, auxquelles elles donnent leur couleur, dont elle est le ciment. Seulement dans la vie courante l'attitude réciproque de deux individus dépend de nombreux facteurs. La compréhension juste de ce qui est dû à l'attitude subjective de chacun d'eux, aux circonstances extérieures, et aux réactions intercurrentes d'autres individus se mêlant à leurs relations est extrêmement difficile, même impossible.

L'originalité de la méthode d'investigation analytique c'est qu'elle permet l'observation la plus objective qu'il soit possible du comportement d'un individu, puisque celui-ci n'a avec le médecin que des rapports fictifs. Il ne connaît pas l'homme en lui. Il ignore ses réactions personnelles dans la vie, il n'entendra jamais de lui le moindre jugement de valeur sur les propos qu'il lui tiendra.

L'expérience montre que dès les premières séances, tel sujet « voit » son psychanalyste de telle manière et réagit à son égard comme s'il était vraiment comme il l'imagine. Tel autre « verra » le même psychanalyste d'une façon toute différente. Le psychanalyste pourra donc « analyser » le pourquoi des réactions du sujet, le pourquoi de la personnalité que le psychanalysé lui prête.

Il faut donc que le médecin se connaisse bien — et cela par sa propre psychanalyse achevée — pour n'utiliser comme matériel d'analyse que les réactions de son malade non conformes à la réalité et ne pas réagir affectivement par l'amour ou la haine au cas où son malade lui aura fait compliment ou reproche d'une de ses caractéristiques réelles.

CHAPITRE II

Sommaire.

1. — EVOLUTION INSTINCTUELLE.

La libido.

La sexualité infantile.

Le stade oral, passif et actif.

ZONE ÉROGÈNE. CHOIX OBJECTAL. — LE DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUE CONCOMITANT. — LES COMPOSANTES SEXUELLES.

Le sevrage, ses écueils.

La pensée au stade oral.

Le stade anal.

ZONE ÉROGÈNE. CHOIX OBJECTAL. — AMBIVALENCE. — DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUE CONCOMITANT. — COMPOSANTES SEXUELLES.

L'éducation à la propreté. Ses écueils.

La pensée au stade anal.

Le stade phallique.

ZONE ÉROGÈNE. CHOIX OBJECTAL. — DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUE CONCOMITANT. — L'ATTITUDE PRÉCÉDIPNIENNE DE LA FILLE ET DU GARÇON. — LE COMPLEXE D'ÉDIPPE. — LE COMPLEXE DE CASTRATION.

La phase de latence.

Le stade génital.

LA PENSÉE AU STADE PHALLIQUE, A LA PÉRIODE DE LATENCE ET APRÈS.

L'intelligence et le niveau mental.

2. — LE RÔLE PRIMORDIAL DE LA SEXUALITÉ DANS LE DÉVELOPPEMENT GÉNÉRAL INDIVIDUEL DE LA PERSONNALITÉ HUMAINE.

Le dualisme de la sexualité.

IMPORTANCE DES FANTASMES SEXUELS AFFECTIFS. — IMPORTANCE DES SATISFACTIONS ÉROTIQUES PHYSIQUES.

3. — POURQUOI L'ÉPOQUE DE LA SEXUALITÉ PHALLIQUE EST UNE DES PLUS IMPORTANTES DANS LA PATHOGENIE DES TROUBLES NÉVROTiques.

Les interdictions habituelles faites à la masturbation infantile.

1. — APERÇU SUR L'ÉVOLUTION INSTINCTUELLE

Tout instinct, manifestation primitive de la vie biologique, pression qui pousse à l'action, contient un élément pulsionnel.

— L'INSTINCT est caractérisé par un BUT : satisfaction de l'élément pulsionnel, recherche d'un plaisir.

— UN OBJET : nourriture par exemple.

— UNE FIXATION quand il existe un lien puissant avec l'objet, il a une SOURCE dans la physiologie.

— L'instinct, à cause même de son substratum physiologique est l'objet de tout ce qui caractérise les manifestations de la vie : le rythme (phrases de repos et d'excitations physiologiques alternées).

Les Phases de repos sont muettes, les phases d'excitations correspondent à l'apparition de pulsions. Ceci aussi bien pour la faim que pour la libido. Ces pulsions seront donc soumises à la RÉPÉTITION.

— On peut distinguer les *instincts de vie* ou de conservation du Moi et les *instincts sexuels* ou de conservation de l'espèce¹.

Les instincts du Moi ne se peuvent différer longtemps quant à leur satisfaction sans menacer la vie même du sujet, et par ce fait l'énergie que l'individu déploie pour obtenir leur assouvissement ne peut se déplacer.

Les instincts sexuels ou de conservation de l'espèce, au contraire, peuvent être différés et leur énergie transformée au bénéfice d'autres activités du sujet.

L'étude des premiers n'a donc pas, vis-à-vis du Psychanalyste, une plus grande importance qu'elle en a aux yeux de ceux qui les ont auparavant étudiés. Leur source s'appelle la faim, la soif, etc...

A la *source physiologique* des instincts sexuels qui n'a pas de nom générique commun, Freud a donné le nom de LIBIDO.

Au sens freudien du mot, *sexuel* ne signifie pas génital, et

(1) A dessein, nous ne parlerons pas des instincts de mort, depuis peu apparus dans les conceptions de Freud.

le qualificatif de génital ne s'adresse qu'à certaines manifestations de la sexualité, les plus tardives et les plus achevées d'ailleurs dans le développement de l'individu. L'hédonisme de l'enfant s'éveille extrêmement tôt et marque tout son développement. Le plaisir que donne l'excitation rythmée d'une zone corporelle quelconque pour en éprouver une satisfaction organique d'ordre nerveux, doit être qualifié de sexuel¹, alors même qu'il ne vise pas à l'union de deux gamètes.

En effet, les actions pulsionnelles de l'enfance qui visent à l'excitation de zones érogènes très nombreuses (tout le corps peut en devenir le siège) ne diffèrent pas de celles qui, plus tard, seront liées à la vie sexuelle génitale de l'adulte et dont les manifestations variées, restées incompréhensibles jusqu'à FREUD, s'éclairent ainsi d'un jour nouveau.

« Ces tendances au plaisir ne se trouvent pas toutes intégrées dans l'organisation définitive de la fonction sexuelle : « certaines d'entre elles inutilisables sont éliminées, soit par « refoulement, soit de quelque autre manière. Quelques-unes, « déviées de leur but sont employées à renforcer d'autres tendances, enfin d'autres encore restent confinées dans les rôles « secondaires et servent à l'exécution d'actes préparatoires et « à la production de volupté préliminaire »².

Au suçotement du nourrisson (en dehors des tétées), succèdent le suçotement du pouce, du porte-plume, de la cigarette et le baiser, acte érotique auquel on ne peut dénier le qualificatif de sexuel.

Au cours du développement psychique, on observe plusieurs étapes successives. Ces étapes sont solidaires du développement affectif contemporain.

Or, il n'est d'autre critérium objectif du développement affectif humain que le critérium sexuel, c'est-à-dire le comportement libidinal de l'individu par rapport à ses objets d'amour. Par le mot « amour » qui, dans la langue française qualifie toutes les possibilités libinales (on aime un plat, on aime

(1) Pour Monsieur PICHON le terme : sexuel au sens freudien, quand il ne signifie pas génital, devrait être remplacé par celui de *lagnique*.

(2) FREUD, Nouvelles Conférences sur la Psychanalyse.

l'argent, on aime un être, on aime aimer), nous entendons aussi l'intérêt affectif sous toutes ses formes, et nous l'appelons « AIMANCE ».

Il a donc fallu donner un nom à ces époques historiques du développement humain : FREUD choisit celui qui évoque la partie du corps sur laquelle est électivement centré l'hédonisme contemporain. C'est pourquoi en Psychanalyse, on distingue successivement le stade oral, le stade anal, le stade phallique, encore appelés stades prégénitaux. Leur succède une phase dite de latence, qui se place environ entre 7 et 13 ans sous notre climat. Vient ensuite la puberté et avec elle l'apparition du stade génital proprement dit qui atteint son épanouissement dans nos pays vers 17-18 ans.

L'historique de ces stades d'organisation provisoire permet seul de comprendre les bases du comportement psycho-affectif non seulement des individus qualifiés de normaux, mais encore de ceux qui présentent des anomalies, depuis de simples bizarreries jusqu'aux troubles graves de l'adaptation à la société.

L'assujettissement étroit au cours de l'évolution individuelle, du développement général au développement libidinal contemporain, explique le corollaire inéluctable à l'âge adulte : un trouble fonctionnel dans la sphère génitale est nécessairement lié à des troubles du comportement d'ordre affectif, et inversement.

C'est pourquoi dans l'intrication des symptômes telle qu'on l'observe à l'époque où le sujet malade vient consulter, toute thérapeutique qui vise à contrarier ou à amoindrir le symptôme fonctionnel n'agit qu'à titre de palliatif organique. L'attitude affective du médecin qui calme paternellement de son autorité valable les inquiétudes morales du malade, n'agit psychiquement que par suggestion; et si cette attitude est la seule possible, dans beaucoup de cas trop graves ou trop invétérés, on ne doit point se cacher que son efficacité psycho-thérapeutique n'est que palliative.

STADE ORAL¹

Tel est le nom que l'on donne à la phase d'organisation libidinale qui s'étend de la naissance au sevrage et qui est sous la primauté de la zone érogène buccale. Le besoin physiologique de sucer apparaît dès les premières heures de la vie et par nécessité vitale. Mais, repu, le bébé continue pendant le sommeil de sa digestion à suçoter ses lèvres, et cela au moment où son aspect extérieur reposé et béat traduit la volupté de cet âge.

Ce plaisir est le type du plaisir narcissique primaire, auto-érotisme originel, le sujet n'ayant pas encore la notion d'un monde extérieur différencié de lui.

Le plaisir de la succion indépendant des nécessités alimentaires est un plaisir auto-érotique. Si l'occasion lui est donnée passivement de satisfaire ce plaisir, l'enfant s'attache à cet objet occasionnel : le sein ou le biberon avec lesquels il aime tant à jouer même quand il n'y a plus de lait, qu'il aime à sucer sans faire l'effort de l'aspiration et de la déglutition.

L'enfant aime à l'égal de lui-même ce qu'on lui met à la bouche (le sein, la tétine) et par extension (car il n'a pas acquis la notion des limites de son propre corps), la nourrice ou la mère toujours liée nécessairement et visuellement au plaisir de la tétée. De plus, tous les moments de sensation voluptueuse, le bain, la toilette, le bercement, sont associés par la vue, le son, le toucher à sa mère, et celle-ci, associée qu'elle est à tout cet hédonisme, devient, dans sa présence et dans sa personne tout entière, un objet d'aimance. C'est à elle que l'enfant sourit d'abord et fait fête en dehors des heures de tétées.

C'est sur le modèle de cette première relation d'aimance que l'attitude ultérieure vis-à-vis du monde extérieur se conformera. Dès que quelque chose intéressera l'enfant, il le por-

(1) On pourrait dire aussi « buccal » à condition seulement d'envisager qu'il s'agit du carrefour aéro-digestif : (préhension labiale, dentaire, gustation, déglutition, émission de sons, aspiration et expiration de l'air...).

tera à sa bouche. Le stade oral est caractérisé par l'aimance absorbative. Absorber l'objet, participer de lui, entraîne le plaisir d'« avoir », qui se rencontre pour le nourrisson avec le plaisir d'« être ».

L'enfant commence à se développer grâce à la façon dont il emmagasine passivement les mots, les sons, les images, les sensations coenesthésiques, auxquels il réagit selon les associations agréables (« bien-être ») ou désagréables qui en dépendent.

Tout ceci concerne le stade oral dans sa première forme passive.

Peu à peu, en même temps qu'il prend de l'âge, l'enfant s'identifie à sa mère selon **ce premier mode captatif de relation objectale** qui demeurera toute la vie, lors même que d'autres apparaîtront. Si elle sourit, il sourit, si elle parle, il gazouille en réponse; des « conversations » s'amorcent et l'enfant par absorption auditive puis identification (imitation) apprend à dire les premiers mots, conquête qui demande un effort et qui est récompensée par la joie et les caresses de l'entourage.

Mais parallèlement à ce progrès, la *dentition* est apparue avec sa souffrance qui demande à être soulagée par des mordillements. C'est alors que l'enfant entre dans la *période orale active*.

Il mordra ce qu'il aime, les objets et aussi le sein, s'il tète encore sa mère, et comme la morsure est sa première pulsion agressive, la façon dont elle sera permise ou non par l'objet d'amour est de toute importance.

Si l'on attend ce moment pour commencer le *sevrage*, celui-ci sera considéré comme *conséquence associative de l'agression*, c'est-à-dire la punition sur le mode de la frustration. Il y a donc toujours chez les enfants élevés au sein trop tard, une difficulté à jouir complètement de leur faculté d'agressivité sans provoquer un besoin d'auto-punition. De plus, il est de toute nécessité psychique pour l'enfant qu'il n'ait à sa portée que des ob-

jets susceptibles d'être sucés et mordus sans danger, et sans provoquer les interdictions ou les gronderies de l'adulte ¹.

Si un sevrage brusque prive subitement l'enfant du sein maternel sans qu'il ait encore déplacé sur d'autres objets son investissement libidinal, il peut rester fixé à la période orale passive (tels les suceurs de pouce tardifs). Il renforce son auto-érotisme et en perdant l'intérêt pour le monde extérieur, il se concentre sur ses fantasmes méditatifs. Il peut aussi garder un noyau de fixation qui entrera en résonance lors d'une frustration ultérieure en provoquant l'éclosion d'une névrose de type oral autistique.

C'est la prédominance des composantes partielles orales qui, suivant leurs utilisations ultérieures, feront des orateurs, des chanteurs, des fumeurs, des buveurs, de bonnes fourchettes, des toxicomanes.

De plus, les tendances au fétichisme, voyeurisme, exhibitionnisme, tendances normales, datent de l'époque de cette première fixation objectale orale, et selon le développement ultérieur, elles resteront plus ou moins prédominantes dans les autres relations objectales de l'individu.

C'est au stade oral que se rapporte la formation des CARACTÈRES égoïstes à type captatif où le sujet cherche dans sa vie génitale, sans distinction de sexe, à priori (le choix étant conforme au Sur-moi collectif de l'ambiance), l'affection exclusive d'un seul être élu selon le mode de la relation objectale orale. Que le sujet soit homme ou femme, son objet d'amour devra jouer pour lui le rôle de mère nourricière. Au cas où cet objet est une femme, elle devra être sévère et génitalement inviolable, active et volontaire, de préférence plus fortunée que le sujet, donc source de confort général et de plaisir culinaire.

De tels caractères se rencontrent à tous les niveaux de la société. Quel que soit le rang social, ils correspondent au *type* du « maquereau » et de « la femme entretenue ». Celle-ci naturellement narcissique et frigide dans les rapports normaux.

(1) Selon nous, le sevrage de l'enfant au sein devrait commencer entre 4 et 5 mois, être progressif et lent, et s'achever entre 7 et 8 mois au plus tard.

Chez le névrosé que sa *régression libidinale* ramène au *stade oral*, il y a identification inconsciente du sujet à l'objet sexuel, la perte de celui-ci entraîne la nécessité de mourir, c'est la mélancolie; à moins que des fantasmes autoérotiques hallucinatoires, ramènent le sujet au stade oral passif, nirvana de ses premières semaines, où il n'a plus aucun moyen de communication avec le monde extérieur.

Chez l'adulte qui fait une régression objectale et non libidinale, au stade oral, des crises de boulimie peuvent remplacer l'acte sexuel, et l'anorexie mentale symboliser le refus de la sexualité.

La pensée au stade oral.

Quel est son mode ? Nous en savons fort peu de chose, et pour cause. Mais il nous est permis d'inférer que l'élaboration mentale y prend la forme onirique, pseudo-hallucinoire.

Cette hypothèse s'appuie sur deux ordres d'observation :

Les adultes psycho-névrosés, dont tous les symptômes se rapportent à ce stade archaïque, présentent des hallucinations. Ils voient généralement l'objet d'aimance à qui ils tiennent des propos tendres, (j'ai vu une mélancolique bercer son bébé mort imaginaire), ou qui les terrorise, mais ce ne sont pas de véritables hallucinations car cela fait « partie d'eux » ce n'est pas « avec leurs yeux seulement » qu'ils voient comme une de mes malades me l'expliquait après coup¹ « c'est tout, qui sent ».

Les nourrissons de quelques jours qui ont faim, pleurent, et ouvrent la bouche en l'étirant de côté comme pour attraper le sein. Cela semble correspondre à une hallucination² tactile onirique. Les nourrissons plus âgés, quand ils sont repus et se croient seuls dans la pièce, se mettent parfois à sourire et même à rire aux éclats en battant l'air de leurs bras, comme ils le font quand ils aperçoivent la mère s'approcher d'eux pour les prendre et les câliner. Cela « ressemble » à une hallucination

(1) Car pendant le phénomène ces malades miment, mais sont incapables de trouver des mots pour dire ce qu'ils sentent, c'est comme s'ils étaient « seuls, et tout ».

(2) Le Docteur René SPITZ dans un cours fait à Paris en 1937 sur le nourrisson a parlé de cette hypothèse. Pour lui il s'agissait d'hallucinations vraies.

visuelle onirique, comme on en observe chez les dormeurs qui rêvent.

STADE ANAL

La deuxième année de l'enfance, *sans détrôner complètement la zone érogène buccale*, va donner de l'importance à la zone anale. Celle-ci s'éveille d'ailleurs très tôt, et il n'est que d'observer les tout-petits pour s'apercevoir de leur plaisir, non dissimulé, pendant le relâchement spontané de leurs sphincters excrémentiels.

La tension libidinale d'ordre pulsionnel (endogène et physiologique) qui provoquait le suçotement ludique au stade oral, provoquera ici la rétention ludique des fèces ou des urines laquelle se prolongera parfois tard dans l'enfance et qu'on retrouve chez certains adultes. Et cela peut être la première découverte du *plaisir masochique* autoérotique qui est une des composantes normales de la sexualité. Cette même pulsion provoquera la recherche d'une détente par la masturbation, et la démangeaison des vers intestinaux si fréquents chez l'enfant y contribuera également.

Pour l'enfant de 1 à 3 ans, les 9/10^e des sujets de rapports avec les adultes sont la nourriture et l'apprentissage de la propreté sphinctérienne.

L'attente, pour l'émission des excréments du moment opportun où l'adulte la sollicitera équivaut à une récompense et à la bonne intelligence avec la mère, tandis que le refus de se soumettre à ses desiderata équivaut à une punition ou la mésentente avec elle.

Les soins de propreté qui suivent l'excrétion sont donnés par la mère. Si elle est contente du bébé, la toilette se passe dans une atmosphère agréable, et c'est le contraire s'il a sali ses couches, il est grondé et pleure. Mais comme de toute façon, à cause de la satisfaction physiologique de la zone érogène, cette toilette est agréable, DES ÉMOIS CONTRADICTOIRES S'ASSOCIENT À LA MÈRE, C'EST L'ORIGINE DE LA SITUATION D'AMBIVALENCE.

Par la conquête de la discipline sphinctérienne, l'enfant découvre la notion de son pouvoir, de sa propriété privée : ses selles qu'il donne ou non. Et ce « cadeau » sera assimilé à tous les autres « cadeaux » qu'on « fait », l'argent, les objets quelconques qui deviennent précieux du fait seul qu'on les donne, jusqu'à l'enfant, le petit frère ou la petite sœur, que dans les fantasmes de cet âge, la mère fait par l'anus après avoir mangé un aliment miraculeux.

Expulser ses excréments à heures fixes, souvent avec effort, au lieu d'en attendre le besoin impérieux et de jouer à les retenir, correspond à un renoncement pour l'optique de l'enfant. L'interdiction de jouer avec ensuite, au nom d'un dégoût qu'affecte l'adulte (même quand il ne l'éprouve pas) est encore un renoncement.

Or, l'enfant ne *renonce à un plaisir que pour un autre*. L'invitation de l'adulte aimé, l'identification par le mécanisme déjà connu au stade oral, est un de ses plaisirs, et c'est là qu'il faut voir l'origine du sens esthétique. « Caca, sale, laid, vilain » sont synonymes à cet âge.

Mais le mode de relation objectale auquel il était accoutumé vis-à-vis de ses *excréments* ne peut pas disparaître, car imiter l'adulte dans ses gestes et dans ses paroles, ce n'est pas encore participer à son mode de penser et de sentir. Aussi, faut-il à l'enfant des *substituts* sur lesquels il déplace ses affects devenus libres, ce seront les objets hétéroclites qu'il traînera toujours avec lui et auxquels nul ne devra toucher sans provoquer sa rage, « ses caprices », lui seul a sur eux droit de vie, ou de mort, c'est-à-dire, de les serrer dans ses bras ou de les détruire, de les jeter.

Au lieu de jouer avec ses excréments, il s'absorbera dans la fabrication des pâtes de sable et barbotera dans la saleté, l'eau, la boue. Et *à cause de ce déplacement*, l'attitude plus ou moins sévère des parents devant la propreté, non seulement sphinctérienne mais générale, favorisera ou entravera l'adaptation de l'enfant à la vie sociale.

Si l'enfant ne se soumet pas à la discipline sphinctérienne, par jeu ou par constipation fortuite, il s'ensuit une *agression*

anale de l'adulte, le suppositoire ou même le lavement. Pour l'enfant, c'est une économie d'effort physique et une satisfaction érotique de *séduction* passive, mais l'opération peut être douloureuse, l'adulte peut se fâcher, l'ambivalence affective s'ensuit et se lie associativement au masochisme naissant de l'enfant.

Parallèlement à cette faculté psychique de créer dans le monde ambiant des relations objectales dérivées de l'investissement anal et colorées du dualisme : sage - méchant, sale - beau, mal - bien, l'enfant est arrivé à un développement neuro-musculaire achevé du point de vue anatomique. La libre disposition de ses groupes agonistes et antagonistes crée chez lui le besoin et la possibilité d'imiter l'adulte non seulement dans ses paroles mais dans tous ses gestes. Il est actif, bruyant, brutal. Son agressivité se dirige sur des objets qui ne sont pas seulement à sa portée comme au stade oral, mais qu'il prend et qu'il déchire, frappe, jette par terre. Pour peu qu'il s'aperçoive que cela mécontente l'adulte, il y met un malin plaisir. L'ambivalence apparue à la fin du stade oral s'affermirait. *C'est parce qu'il aime qu'il se plaît à fâcher et à battre.*

Mais l'enfant use sans autre règle que son « caprice » de son agressivité musculaire. C'est le rôle de l'éducation de l'habituer là encore à une discipline sociale. Si l'enfant désobéit, on se fâche, il est grondé (privé d'amour), il est battu, et si agressif que soit l'enfant, si fortes que soient ses rébellions, il est toujours le plus faible et doit céder.

De même qu'une éducation favorable aura permis à l'enfant des *substituts symboliques* de ses matières fécales, de même pour son éducation musculaire, on devra lui réserver des heures quotidiennes où, sans contrainte parentale, il pourra *jouer aussi brutalement et aussi bruyamment* qu'il lui plaira. C'est une condition de sauvegarde pour sa vie et sa libido ultérieure; sinon l'enfant se sentira écrasé sous la domination sadique de l'adulte (non que celui-ci soit nécessairement sadique, mais parce que l'enfant projette sur lui son sadisme insatisfait). Le prestige magique de l'adulte aidant, l'activité ultérieure du sujet restera dans tous les domaines, solidaire d'un besoin de punition

qui entraînera la recherche des occasions où passivement l'on est battu et dominé.

Au stade anal, se rapporte la formation des CARACTÈRES consciencieux, sobres, réguliers, méticuleux, travailleurs sérieux et scientifiques chez ceux qui ont trouvé du plaisir à se conformer aux nouvelles exigences qu'on leur demandait. Chez les autres, on trouvera les obstinés, les boudeurs, les entêtés, ceux qui aiment à faire esclandre par leur désordre, leur saleté, leur indisciplin, ou au contraire ceux qu'un ordre méticuleux (et proche de l'obsession) rend insupportables à leur entourage.

L'intérêt pour les matières fécales pourra être sublimé chez les peintres, les sculpteurs, les amateurs de bijoux, les collectionneurs dans tous les genres, et tous ceux que la banque et les manèges d'argent en général intéressent.

C'est aux composantes dominantes de la phase anale qu'on doit ramener chez l'adulte les caractères possessifs, mesquins, l'avarice (l'argent représentant les excréments pour l'Inconscient du stade anal). Enfin, les *composantes sadiques et masochistes* de cette période expliquent les PERVERSIONS chez l'adulte ainsi que l'intérêt libidinal exclusif pour l'orifice anal, dans l'acte sexuel, au détriment du vagin dont l'existence anatomique n'est pas connue à l'âge de la fixation infantile restée active chez le pervers.

L'objet d'amour que recherchent les individus de ce type caractérologique n'est pas hétérosexuel à priori. Le sujet cherche à retrouver, vis-à-vis de l'objet, *la situation affective qu'il avait vis-à-vis de sa mère toute-puissante*, modelée selon l'image que se fait l'enfant de son propre corps. Ce sera donc une homosexualité inconsciente qui présidera à ce choix.

Il importe que l'objet soit ou très faible : pauvre, débile, narcissique, impuissant, frigide si c'est une femme; ou très fort : riche, puissant; et si c'est une femme, qu'elle soit de préférence mariée, ou qu'elle l'ait été, ou qu'elle ait un enfant. (Femme phallique et recherche de la situation à trois). Le sujet se montre, selon le cas, despote, autoritaire, plus ou moins cruel, ou au contraire, dominé, « possédé », battu.

De tels caractères se rencontrent à tous les niveaux de la

société. Ils correspondent chez l'homme aux deux *types* opposés du *souteneur* et du *pédéraste passif*, dont les objets d'amour sont chez la femme les *types* complémentaires. La *prostituée* et la *virago* toutes deux frigides.

S'il y a névrose chez l'adulte, avec *régression aux objets libidinaux de la phase anale*, on aura les symptômes hystériques de la série colitique : constipation, diarrhée, depuis la symptomatologie fonctionnelle de la queue du cheval jusqu'aux lumbagos et sciaticques névrotiques. Tous ces symptômes symbolisent le refus de la sexualité adulte normale par le réinvestissement de la zone érogène d'une phase révolue.

Dans les cas où la **frustration anale** laisse lors du développement infantile un point de fixation latent, une frustration quelconque ultérieure, au stade phallique, à l'âge adulte, pourra la réveiller. On aura, suivant le dosage du sadisme et du masochisme qui y est resté attaché un tableau un peu varié : obsession, névrose d'angoisse avec asthénie, névrose à type maniaco-dépressif, l'hypomanie, les névroses du type « bourreau familial », ou victime, les interprétations paranoïaques, les persécutés persécuteurs.

Pensée anale.

Par l'investissement d'intérêt à des substituts, des matières fécales, accompagné de la couleur affective de cet âge qui est sensibilisé (à cause de l'ambivalence) au couple antagoniste passif-actif, l'enfant établit dans son entourage une gamme de *connaissances comparatives*. Il procède par *identification* à quelque chose qu'il connaît, puis il *qualifie* selon le rapport de l'objet à lui-même.

Toute femme, c'est une maman, gentille ou méchante. Toute femme âgée sera une mémé, etc... Gentille - méchante, beau - laid, grand - petit, tels sont ses jugements; c'est dire que sa pensée sera sous le signe de l'anthropomorphisme et de l'animisme.

Les objets qui s'opposent à ses volontés sont « méchants », il les bat; et il est brouillé avec eux et avec tout ce qui leur ressemble. Mais quand ses volontés s'opposent à celles de l'adulte, il ne peut pas le battre, car l'adulte en lui rendant

ses tapes, lui montre ce que c'est (talion) ou bien en le mettant en « pénitence » se brouille avec lui.

L'enfant cède, car il a *besoin* à chaque instant de l'adulte, la toute puissante « divine » et magicienne grande personne, et c'est en lui obéissant ou non qu'il se la rend favorable ou indifférente, si ce n'est dangereuse. Dans d'autres occasions semblables à celles dont il a l'expérience et qui par association, rappellent une situation de conflit avec l'adulte, il choisit l'action conforme à ce qu'il sait des desiderata de l'adulte. Cela s'appelle « être sage ».

Nous voyons donc que les pulsions agressives spontanées et les réactions agressives contre tout ce qui s'oppose à lui, doivent lorsqu'il s'agit de l'adulte, être différées et déplacées. Elles le seront sur tout ce qui rappellera l'adulte : objets le rappelant par association, c'est la source du *symbolisme*; poupée, animal, qui à ses yeux le représentera, c'est la source du *fétichisme et du totémisme des enfants*¹.

Le fait de diriger ses affects destinés à l'adulte sur ces nouveaux objets leur donnera une réalité subjective, qu'il prendra pour la réalité objective — dont il n'a pas la notion, n'ayant pas encore le sens des « rapports », du pourquoi causal — réalité objective qu'il n'appréhende que d'après les répercussions agréables ou désagréables qu'elle a sur sa propre personne.

On voit donc que la pensée au stade anal est caractérisée par les mécanismes d'*identification*, de *projection*, et de la *puissance magique* de la pensée, soumise à la suprématie du dualisme, inhérent à l'*ambivalence* sado-masochique des relations objectales. C'est l'époque des animaux totems et celle des phobies par quoi se traduit l'angoisse devant un objet investi par l'enfant lui-même d'une puissance magique. Cet objet, généralement animal, représente pour l'Inconscient de l'enfant, l'adulte auquel il a retiré son investissement libidinal agressif pour le projeter sur son remplaçant, l'animal redouté.

(1) FREUD a traité de la question du Totémisme (dans : Totem et Tabou) non pas au sens clinique sont nous l'entendons exclusivement ici chez l'enfant, mais au sens religieux. Il a émis l'hypothèse que dans son développement affectif tout individu passe successivement par les divers stades auxquels à passé l'humanité pour arriver à l'état des sociétés civilisées actuelles. Par cette hypothèse FREUD rejoint l'hypothèse biologique selon laquelle l'ontogénèse récapitulerait la phylogénèse.

STADE PHALLIQUE

Dès la phase orale chez le nourrisson, on assiste à l'éveil de la zone érogène phallique, le pénis chez le garçon, le clitoris chez la fille. La cause occasionnelle de cet éveil précoce en est peut-être l'excitation naturelle lors de la miction ajoutée aux attouchements répétés que nécessitent les soins de propreté. Quoi qu'il en soit, toutes les mères connaissent les jeux manuels des bébés, auxquels s'ajoutent le frottement des cuisses l'une contre l'autre pendant la toilette, et les gazouillements du bébé qui s'y occupe. Ces manifestations se prolongent malgré les petites « tapes sur la main » que l'enfant reçoit quand son éducatrice est sévère. Mais le plus souvent cette **masturbation primaire** du nourrisson est très peu marquée et cesse d'elle-même, pour ne reparaitre qu'au cours de la troisième année.

Le désintérêt de ses matières fécales imposé à l'enfant au nom de l'esthétique est accepté par lui pour « faire plaisir » à ses éducateurs, et « acheter » leur amour protecteur. Il le fait d'autant mieux que son intérêt se centre sur la zone érogène phallique, dont la tension physiologique, que prouve l'existence d'érections à cet âge, demande impérieusement à être calmée.

Jusqu'à l'éducation à la propreté, la miction à volonté servait l'excitation phallique uréthrale selon le libre jeu des tensions libidinales locales. A partir de la discipline du sphincter vésical, qui est d'ailleurs exigée moins précocement que celle du sphincter anal et moins péremptoirement par les adultes, la masturbation secondaire apparaît et cela vers trois ans. C'est à son interdiction que l'on doit en grande partie la persistance ou le retour à l'incontinence d'urine dans la deuxième enfance.

Remarquons en passant que l'existence générale de **cette masturbation infantile secondaire** a été longtemps méconnue des adultes, à cause du refoulement imposé par le Sur-moi civilisé à tout le développement libidinal et que traduit l'amnésie infantile. Mais il est bien des parents qui la remarquent et la réprimandent fortement. N'osant s'avouer qu'ils en ont fait au-

tant, ils prétendent avoir un enfant exceptionnellement « vicieux » ou « nerveux » selon leurs expressions.

Il faut dire que chez les enfants où cette masturbation est très manifeste et persiste en présence des adultes, malgré leurs premières interdictions, ce fait est dû à la superposition d'une réaction d'ordre névrotique à la pulsion libidinale (angoisse, provocation, recherche de la punition).

Cette masturbation phallique, parallèle à la continuation de l'évolution générale infantile, est *contemporaine* de l'éveil de sa curiosité intellectuelle dont la curiosité sexuelle n'est qu'une forme, et la plus embarrassante pour les adultes. Les « pourquoi » obsédants des enfants vers quatre ans, lorsqu'ils n'écourent même plus la réponse de l'adulte n'apparaissent d'ailleurs qu'après les premières réactions de ceux-ci, devant les questions directement sexuelles et la notion de défendu que l'enfant en prend.

Chez la fille comme chez le garçon, jusqu'à l'époque où l'enfant parle de lui-même à la 1^{re} personne, et dit : « Je, », l'ignorance de la différence des sexes est complète, tous les êtres sont conçus semblables à l'image que l'enfant a de son propre corps : la fillette valorise son clitoris et le garçon son pénis pour l'importance autoérotique de l'excitabilité particulière dont ils sont le siège. Aussi l'adulte, la femme comme l'homme, est-il toujours imaginé possesseur d'un grand phallus.

La curiosité sexuelle a pourtant commencé dès avant le « Je » et cela avant la troisième année et en pleine période sadique anale. Elle vise *d'abord à savoir d'où viennent les enfants*. Cet intérêt est souvent éveillé par une nouvelle naissance dans la famille ou par l'identification à un camarade de jeu à qui déplaît l'arrivée d'un frère ou d'une sœur. La question est ordinairement éludée par les adultes qui parlent de choux, de magasin, mais l'enfant découvre assez vite que la mère a un gros ventre avant la naissance du nouveau-venu, puis qu'elle allaite.

Des théories variées s'ébauchent en rapport avec les connaissances anatomiques de cet âge : conceptions digestives, naissance par défécation de la mère avec la réserve d'un rôle paternel encore obscur mais probable.

Vient ensuite une autre question. *Quelle différence y-a-t-il entre une fille et un garçon ?* Cette curiosité est probablement d'ordre purement intellectuel au moment où la question est posée. Là aussi, les adultes, d'ordinaire, éludent la réponse. L'enfant use ici encore de ses connaissances personnelles se rapportant à son expérience de l'époque musculo-excrémentielle où le dualisme est caractérisé par le couple antagoniste actif-passif. Et il se répond à lui-même; « le garçon est plus fort », ce qui est généralement vrai dès la petite enfance¹.

Mais assez vite et entre autres occasions, par la nécessité d'uriner dehors, les enfants remarquent que les garçons urinent debout, ce que ne peuvent faire les filles. Ceci est considéré comme une supériorité qui, pour le garçon, va de soi, tandis que la fillette s'imagine que son clitoris poussera. Quant au garçon, il faudra qu'il soit *sensibilisé* à l'absence du pénis par des menaces de mutilations génitales pour prendre nettement conscience de ce qu'il a jusque là refusé de voir : la fille n'en a réellement pas. Ceci se passera vers cinq à six ans environ, âge où les propos avec les autres et surtout les jeux sexuels entre garçons et filles ne lui laisseront plus de doute. Mais avant six ans, il pense encore que la fille « en a un plus petit », incapable qu'il est alors de concevoir autrement que par rapport à lui-même.

Le mode de relation objectale au stade phallique.

Aux stades précédents d'organisation libidinale, l'objet d'amour était la mère, liée qu'elle est depuis la naissance, à tous les besoins organiques et à tous les émois libidinaux des zones érogènes, et c'est encore elle au stade phallique. Mais plus l'enfant grandit, moins la mère s'occupe de lui matériellement, et les émois libidinaux qui l'ont pour objet se passent en fantasmes et rêveries la concernant qu'accompagne la masturbation. Celle-ci, pour la fille, n'est encore que clitoridienne.

L'atmosphère affective de ces fantasmes masturbatoires est

(1) Une fillette de deux ans et demi disait un jour : « Les gâçons, y sont foô » d'un air admiratif, les mains jointes, en regardant se battre des garçons ensemble.

alors sado-masochiste avec prédominance de sadisme chez le garçon et de masochisme chez la fille, dans les cas où la mère est normale.

Quand sa mère n'est pas présente au moment où il la désire, l'enfant l'appelle, la cherche. S'il la trouve, et qu'elle soit occupée, elle l'évince en lui disant : « tout à l'heure, maintenant je fais ceci ou cela » ; l'enfant demande « Pourquoi » ? — « Pour que tu aies à manger, répond la mère, pour que le ménage soit fait, pour que papa soit content ; va jouer ». L'enfant obéit en emportant ce qu'il peut de sa mère : ses paroles, qu'il se répète à lui-même souvent tout haut. Ou bien, il reste « sage » à la regarder.

Ces observations sur l'activité de la mère et les réflexions sur ces paroles amènent l'enfant à acquérir deux notions d'une importance considérable : celle du *temps* et celle des *motivations*.

Jusque-là, l'enfant agissait selon ses pulsions immédiates, pour le seul plaisir de les satisfaire. Il ne savait pas les différer et réagissait sur-le-champ à leur insatisfaction par « un caprice ». L'inutilité de cette protestation rageuse, le confort affectif au contraire de la « sagesse », l'attente du « tout à l'heure » promis par l'adulte aimé, enseigne à l'enfant à prendre notion du « temps ». Auparavant, tout se passait au présent. Maintenant, il y a « tout à l'heure » et « demain » quand le tout à l'heure arrive après la nuit. Pendant assez longtemps, d'ailleurs, l'enfant ne discernera pas « demain » de la semaine ou de l'année prochaine, ni de bientôt. C'est plus tardivement qu'il prendra la notion du passé que traduiront les termes « une fois » et « hier », s'appliquant aussi bien au passé immédiat qu'aux jours les plus lointains.

En attendant que sa mère puisse enfin s'occuper de lui, et en observant son activité avec l'attention qui incombe à tout ce que fait l'être aimé, l'enfant apprend à remarquer les motifs nombreux et pragmatiques des mouvements et des actes de l'adulte. Il s'aperçoit qu'un même objet a plusieurs usages et il développe ainsi en lui le besoin de généralisation basée sur la connaissance des motivations nombreuses liées à un même objet.

« A quoi ça sert » devient son leit-motiv devant tout ce qui l'intéresse. Il se détache ainsi pour la première fois de l'exclusif intérêt des choses par rapport à lui-même. C'est la *première conquête de l'objectivité*. Par exemple : le feu et tout ce qui était chaud « brûlait », c'était « méchant », à fuir. Maintenant, « le feu, c'est pour chauffer » et chauffer c'est « agréable quand on a froid », c'est « nécessaire pour manger », etc... Et la maman est faite « pour s'occuper de lui, pour faire la cuisine, pour faire le ménage », etc... Par extension, il se demande à propos de tous ses objets d'intérêt : « A quoi ça sert ». Un jour viendra où il se le demandera pour son phallus, il se répondra « pour faire pipi » mais s'apercevant que les filles s'en passent, il lui cherchera en vain une autre motivation et n'en trouvant pas, il valorisera d'autant plus la supériorité magique que cela lui confère selon la logique dont il dispose.

Cette « logique » est encore celle de la pensée sadique anale : « la raison du plus fort est toujours la meilleure » ; le plus fort signifiant à ses yeux celui qui a quelque chose de plus grand que l'autre ou quelque chose que l'autre n'a pas. *C'est le moment où l'enfant, fille ou garçon s'est sensibilisé à l'absence ou à la présence du pénis chez la fille*, et où celle-ci est dévalorisée même si l'espoir d'une croissance ultérieure subsiste.

Et c'est ici que peut entrer en jeu l'*Angoisse Primaire de Castration* que nous exposerons au chapitre suivant.

C'est alors qu'apparaît *l'envie*. Elle se lie à ces découvertes et colore les fantaisies libidinales de cette époque : vouloir faire « comme les grands », comme ceux qui ont plus que lui. Grâce à la connaissance de la motivation par l'usage, il possède la clef de beaucoup de problèmes. Exemple : il était trop petit pour attendre ce dont il avait envie et disait « peux pas » en appelant l'adulte à son secours, maintenant il va chercher un tabouret pour se grandir.

L'envie engendre *l'ambition*, le désir de devenir grand et la possibilité de suppléer à son infériorité par le détour de ses connaissances et de leur exploitation pratique. C'est, sans nul doute, la base affective de l'intérêt de plus en plus grand que l'enfant porte à apprendre, à connaître, et sa valorisation du « Savoir » si utile du point de vue culturel.

Nous n'avons pas encore parlé d'une autre découverte, celle de la mort. Elle se place tout naturellement à la même époque, car il faut pour que l'enfant y prenne intérêt, qu'il y soit sensibilisé. Il ne l'est pas tant qu'il ne brigue pas l'égalité de force, d'âge et de savoir des adultes. Il faut que ses ambitions se heurtent à la réalité.

En observant les oiseaux, il découvre la mort. Trouvant un papillon, un oiseau, un lézard, une mouche, immobiles, il demande « Pourquoi », on lui répond « Parce qu'il est mort ». Est-ce que tout ce qui vit peut mourir ? Pourquoi meurent les animaux ? Parce qu'ils sont trop vieux, mais aussi parce qu'ils ont été attaqués par d'autres qui ont gagné la bataille et les ont tués. *Tuer c'est immobiliser.* Voilà seulement ce que comprend l'enfant du stade anal et au début du stade phallique. C'est pourquoi l'enfant joue à tuer par ambition et toute puissance sadique, sans plus.

Il lui faut voir mourir un animal ou un être aimé pour saisir le sens de l'absence sans retour, de la perte définitive de l'objet d'amour. Et comme il ne peut l'éprouver lui-même cela rentre dans le cadre des choses mystérieuses. Que les adultes ne puissent eux non plus empêcher la mort, ou ressusciter quelque chose de mort, comme il peut raccommoder quelque chose de cassé, replonge l'enfant dans le mystère de la vie et de la naissance. Remarquons ici en passant — nous en discuterons plus tard — *l'importance de cette découverte de la mort qui coïncide chronologiquement avec l'apparition du complexe de castration, et ceci inévitablement.*

L'enfant, fille ou garçon, que sa mère délaisse, du moins à ses yeux de petit despote amoureux, s'aperçoit qu'il n'est pas le seul intérêt de sa mère, ni son seul but (même différé) d'activité. *Il a un rival* dans la personne de son père quand il n'a pas *des rivaux* supplémentaires, les frères et les sœurs.

Jusque là, le père fait partie de l'ambiance de la mère, et pour peu qu'il sache gronder et récompenser à bon escient, il est investi d'une grande affection. De plus, quand une chose est difficile, maman dit : « On demandera à papa ». C'est lui qui porte les choses lourdes et assez souvent, qui ronfle en dor-

mant. Pour l'enfant, c'est un être fort, mais peu à peu, il devient un rival, avec qui la mère reste volontiers sans prêter attention aux réclamations de l'enfant à laquelle elle est moins assujettie qu'au temps de la première enfance. Il se heurte à des : « Va jouer, laisse-nous ».

Vis-à-vis des frères et sœurs, cette rivalité sera la même et dans la mesure où il leur attribuera, à tort ou à raison, une responsabilité dans l'affection moindre de sa mère, il éprouvera à leur égard des sentiments conflictuels. C'est la raison pour laquelle nous ne discuterons pas spécialement des conflits familiaux dont les mécanismes sont pratiquement et fondamentalement superposables aux conflits parentaux.

Cependant, déjà depuis plusieurs mois et peut-être dès la phase orale, une différence dans les réactions de l'enfant, laissait prévoir, chez celui-ci, le petit homme, chez celle-ci la petite femme. Bien qu'il y ait en chacun de nous une bisexualité certaine que l'embryologie confirme ainsi que la physiologie, on peut dire que dans la grande majorité des cas, et si les parents sont normaux, la fille est plus docile, moins agressive, moins bruyante que le garçon.

Dès le stade anal, parmi les jouets, elle se porte plus volontiers sur les poupées, tandis que l'intérêt du garçon porte sur les chevaux, les autos. Elle aimera jouer avec l'eau en lavant des chiffons, en baignant ses poupées, alors que le garçon y lancera des cailloux, jouera à la pêche et au bateau.

Au stade phallique, elle jouera à la dinette, à la poupée en la couchant, la soignant, la berçant, l'habillant, etc... alors que le garçon, s'il aime une poupée (et ce n'est pas si rare), ne saura pas « jouer à la poupée ». Elle s'intéresse déjà à sa toilette, à ses robes, elle se pare avec des chiffons, elle chipe la poudre de sa mère et aime à se promener avec son sac au bras. Bref, elle s'identifie le plus possible à sa mère.

Pendant ce temps, le garçon s'adonne à tous les jeux agressifs, il joue au despote, armé d'un bâton qu'il baptise fusil ou revolver, il aime à faire peur et à commander. Quant il le peut, il s'affuble du chapeau de son père, de sa canne. Bref, il s'identifie le plus possible à lui.

Tout le monde a vu les enfants jouer au papa et à la maman et comment les rôles sont partagés, déjà, tels qu'ils le seront dans la vie. Le garçon prenant naturellement le rôle du père et la fille celui de la mère. (Le contraire est symptomatique d'une réaction névrotique).

Vers quatre ans, quatre ans et demi au plus tard, le garçon entre en lutte ouverte avec son père, joue à le tuer, essaie d'accaparer toute la tendresse de sa mère, lui dit qu'il se mariera avec elle, qu'il l'emmènera loin dans sa maison, en avion, qu'ils auront des enfants. Il entre dans la période du Complexe d'Œdipe.

Quant à la fillette, elle vit une période analogue. Pour elle, on peut l'appeler Complexe d'Electre ou d'Œdipe chez la fille. Peut-être l'attitude du père qui, d'ordinaire, aime davantage la fille que le garçon, contribue-t-elle à éveiller son affection ? Toujours est-il que vers trois ans et demi, quatre ans, un peu plus tôt chez elle que chez le garçon, la fillette se comporte vis-à-vis de son père comme une petite amoureuse, coquette, séductrice, affectueuse, et centrant tout son intérêt libidinal sur son père. Elle se montre jalouse de lui, n'a pas de plus grande joie que de sortir seule avec lui, d'accaparer son attention, son affection. Elle lui avoue ses projets merveilleux, il sera son mari, il l'emmènera dans une belle maison et ils auront beaucoup d'enfants.

Hélas, pour les deux petits rêveurs, la réalité triste est là, le père et la mère tiennent l'un à l'autre, et tout en traitant avec tendresse leur enfant, l'évincent bien des fois, le renvoyant à ses jeux, et l'enfant se sent impuissant à déloger son rival.

Que font ces deux grandes personnes ensemble ? Autre question que l'enfant essaie de résoudre, il les guette, les écoute parler sans comprendre leurs propos. Mais les adultes le chassent et quelquefois se taisent quand il arrive. Et ce mystère de l'intimité des parents rejoint celui encore resté sans réponse : *le rôle du père dans la conception des enfants.*

Si l'enfant assiste aux rapports sexuels des parents, soit qu'il couche dans leur chambre, ce qui est malheureusement

trop fréquent¹, soit qu'il les surprenne, il l'interprète comme un acte sadique, une bataille où papa est le plus fort, et le rôle de sa mère bouleverse ses idées. Sa déesse taboue et chérie est battue, tuée peut-être. Le sang des menstrues, quand il les voit, confirmeront son hypothèse. Il y a là quelque chose qui dépasse son entendement et jette le trouble en lui².

Mais il n'établit pas de lien entre cette bataille et le mystère de la naissance, à cause de l'incapacité où il est de connaître l'existence du sperme et celle du vagin, si on ne vient à son secours. Il ne faut pas oublier non plus que les plaisirs sexuels qu'il connaît sont peu intenses et ne peuvent aller jusqu'au plaisir terminal de l'orgasme.

Que va devenir cette situation œdipienne qui s'est installée à quatre ans et atteint son développement maximum vers 6 ans ? C'est l'âge, nous l'avons vu, où apparaît le Complexe de Castration. Son rôle est si important vis-à-vis du Complexe d'Œdipe que nous le rencontrerons à chaque fois que nous rencontrerons le Complexe de Castration, et c'est sa non-résolution que traduit un Complexe de Castration encore actif dans un inconscient, quel que soit l'âge du sujet; de même que le Complexe de Castration non résolu entraîne avec lui l'impossibilité pour l'individu de résoudre heureusement son Complexe d'Œdipe.

Quoi qu'il en soit, l'enfant, pour se plier à la nature, devra développer en lui les qualités qui feront du garçon un homme, et de la fille une femme, donc *se polariser* vers une seule des possibilités érotiques de sa bisexualité originelle, que rien jusqu'ici n'avait entravée.

(1) L'enfant devrait toujours coucher dans une autre pièce que celle des parents, avec la porte fermée. Cela dès l'âge de 6 mois au plus tard. On éviterait ainsi la plus importante cause de « nervosité » chez l'enfant.

(2) De même que dans toute psychanalyse d'adulte on retrouve, au moment de la reviviscence du complexe d'Œdipe dans le traitement, des rêves de « Scène primitive » (coït des parents); de même chez les enfants, qu'ils aient ou non assisté au coït des adultes on trouve, quand vient le stade phallique et l'ébauche de la situation œdipienne chez le garçon, des fantasmes de possession sadique à symbolisme de pénétration cruelle (voir dessin n°). Chez la fille, la possession est non moins effective dans ses fantasmes, mais si la fille n'est pas névrosée et atteint la situation affective œdipienne, le symbolisme de ses rêves et de ses fantasmes représente la possession sans souffrance pour l'être possédé qui pourrait se défendre s'il le voulait mais qui ne le veut pas, et l'acceptation que son agressivité ne détruise pas celui qui est le possesseur phallique (voir dessin de Claudine et fantasme « muet » de Tote au récit de son frère).

Deux influences concourent à l'aider dans ce difficile passage, où il doit, non seulement abandonner la rivalité parfois haineuse, avec le parent du même sexe, mais s'identifier à lui : le Complexe de Castration d'une part, et nous verrons comment, et la diminution de la poussée libidinale qui rend moins impérieuse la tension physiologique des zones érogènes.

C'est l'existence de ce retrait général inhérent au développement somatique humain qui explique l'apaisement des conflits, même s'ils ne sont pas entièrement résolus, pendant cette période de sept à douze ans, appelés phase de latence, et où un refoulement qui ne manque jamais repousse dans l'inconscient tous les désirs et souvenirs se rapportant au développement libidinal antérieur.

PHASE DE LATENCE ¹

La phase de latence normalement muette ou presque, du point de vue des manifestations et des curiosités sexuelles, est employée à l'*acquisition* des connaissances nécessaires à la lutte pour la vie sur tous les plans. Cette acquisition se fera grâce au développement des facultés de sublimations.

Ces facultés existent vraisemblablement dès la conception et la formation fœtale, « en puissance », et dépendent probablement d'éléments héréditaires et physiologiques. Au fur et à mesure du développement, beaucoup d'entre elles sont entrées en jeu progressivement.

Le refoulement de l'intérêt sexuel érotique au stade œdipien phallo-vaginal a pour conséquence économique pour la personnalité, de soulager le Moi d'un très grand travail, celui de « réprimer » les émois libidinaux interdits par le monde extérieur et voués à l'échec par l'inachèvement somatique caractéristique de l'enfance.

Aussi, la personnalité libérée peut-elle déployer toute son activité consciente et préconsciente, et sans danger se transformer, vis-à-vis du monde extérieur — si on veut nous passer ces images — en conque de résonance, ouverte à tous les sons, en voile ouverte à tous les vents, en plaque sensible toujours

(1) Pour M. PICHON, de « décharnalisation ».

vierge. C'est l'aspect passif de la phase de latence. Son aspect actif sera la synthèse des éléments ainsi reçus et leur intégration à l'ensemble de la personnalité.

Si le Sur-moi de l'enfant s'est formé à l'épreuve d'un Complexe d'Œdipe fort et d'un Complexe de Castration en rapport, et si le refoulement a été harmonieux, le Complexe d'Œdipe sera entièrement dissocié, il ne restera point dans l'Inconscient de ces couples antagonistes en rapport avec des réactions archaïques, refoulées. La libido non immobilisée dans l'Inconscient, comme chez l'enfant névrosé, pour tenir en respect des affects refoulés, sera entièrement au service d'un Sur-moi génital objectif. L'inconscient lui aussi participera à la conquête des acquisitions, au développement des Sublimations.

Et quand arriveront chez l'enfant les premiers émois affectifs annonçant la puberté, et la masturbation tertiaire, au lieu d'y réagir comme s'il était fautif, il s'en épanouira davantage, et saura sans timidité, sans gêne, conquérir sa liberté sexuelle, progressivement, au jour le jour, sans réactions auto-punitives (au cas où il devrait lutter vis-à-vis d'adultes névrosés et incompréhensifs).

L'importance et la valeur des Sublimations de la phase de latence est grande. Non seulement parce que c'est à cette époque que s'ébauchent les caractéristiques sociales de l'individu, mais parce que la façon dont un enfant utilise névrotiquement ou normalement cette période, fait qu'il fixe ou non, exagère ou fait disparaître, des composantes normales de la sexualité, demeurées dans « la coloration » de ses affects sublimés.

En effet, un écueil fréquent de la puberté, au réveil de la sexualité génitale (refoulée depuis le début de la phase de latence), c'est la réactivation du Complexe de Castration, au cas où celui-ci n'a pas été entièrement liquidé.

La présence des sentiments légitimes d'infériorité est à ce moment d'un gros danger pour la liquidation définitive et rapide, nécessaire, de ce noyau restant du conflit Castration-Œdipe.

De mauvaises acquisitions scolaires, si le milieu est intellectuel, sportives, si le milieu est ouvrier, pratiques générales quel

que soit le milieu, rendront difficile l'essor pubertaire, parce que l'enfant ne pourra légitimement pas avoir confiance en soi. Et l'on dira avec raison, de cet enfant pubère *qui ne s'épanouit pas*, qu'il est dans « l'âge ingrat ».

La faute peut en être la déficience réelle des dispositions naturelles de l'enfant, ce qui est rare. En effet, dans ce cas, il a cherché de lui-même — s'il est normal — à surmonter son infériorité sur un point par le développement compensateur d'autres dispositions. La faute peut en être à des causes extérieures à l'enfant, dues à l'entourage (changement constant d'école que des mères inconsciemment castratrices imposent à leurs enfants) ou à des causes intercurrentes — maladies, accidents personnels, catastrophes familiales, deuils, bouleversement de fortune — qui perturbent l'atmosphère affective de l'enfant, pas encore assez fort pour conserver son équilibre, bien qu'il l'ait une fois acquis.

STADE GENITAL

Vers douze ans, avec la poussée pubertaire physiologique, la masturbation reprendra (masturbation tertiaire), accompagnée de fantasmes, qui, cette fois seront dirigés hors de la famille.

Selon que l'évolution antérieure à la phase de latence aura été heureuse ou non, ou selon que des traumatismes à la phase de latence auront ou non fait régresser la libido du sujet à des stades antérieurs au stade phallique, on assistera à l'éclosion d'une sexualité normale ou perverse, ou à une névrose plus ou moins prononcée.

La phase génitale qui débute à la puberté apportera avec la connaissance du plaisir terminal, l'éjaculation chez le garçon, l'apparition du flux menstruel et la connaissance du vagin chez la fille, ce qui manquait à la compréhension du rôle réciproque de l'homme et de la femme dans la conception.

Il leur reste encore *d'apprendre à centrer* leur tendresse et leurs émois sexuels *sur un même être* comme au temps de leur enfance oubliée, puis d'arrêter leur choix et de le fixer pour la sécurité vitale de l'enfant qui naîtra d'eux.

Et si l'enfant, objet d'investissement génital de cette période finale du développement, vient à manquer, son substitut affectif sera leur œuvre sociale commune, car la fécondité est la caractéristique de ce stade achevé, au-delà duquel il ne nous semble pas encore possible d'aller.

L'INTELLIGENCE ET LE NIVEAU MENTAL

Bien qu'il y ait souvent des relations étroites et une correspondance manifeste entre le développement affectif et le niveau mental, l'expérience nous enseigne qu'il n'en est pas toujours ainsi. De plus, l'appréciation d'un « niveau mental » ne permet en aucune manière de déduire si l'on a ainsi un moyen d'appréhender et de juger « l'Intelligence ».

Il nous semble que les prédispositions à la possibilité de sublimations intellectuelles dépendent d'éléments préformés, en rapport certain avec la physiologie brute du sujet, toutes réactions inhibitrices affectives mises à part. Ces possibilités de sublimations intellectuelles, doivent, pour être utilisées « normalement », viser à l'adaptation à une vie sociale riche et cohérente, tout en respectant au maximum la vie individuelle. Leur utilisation et leur développement est fonction du « mode de penser » auquel elles sont liées, donc en définitive, fonction du développement sexuel et affectif concomitant.

Quand il y a correspondance, et qu'une névrose s'accompagne de niveau mental inférieur à la normale, ce fait peut être dû, soit à une débilité intellectuelle vraie, soit à une inhibition brutale du droit à la sexualité orale, anale, urétrale, phallique, à l'époque où l'hédonisme de ces zones érogènes était le but électif de l'activité libidinale.

L'intérêt pour des objets, à ces stades successifs, se fait par *adhésion affective pour des substituts* d'objet sexuel, au fur et à mesure des frustrations (orale, anale, urétrale) imposées par les éducateurs. *L'adhésion intellectuelle* découlant elle-même de l'agressivité libidinale, demande une tolérance de celle-ci *au moins* le temps nécessaire à la formation d'intérêts substitutifs, *et jusqu'à* ce que ces intérêts apportent *par eux-mêmes* des

satisfactions affectives, tout en apportant aussi l'estime des adultes. C'est alors seulement que la répression de l'intérêt pour la sexualité correspondante pourra achever par un refoulement sans danger la dislocation des affects et des pulsions qui leur correspondent, car la possibilité de sublimation est acquise.

L'hypertrophie de « l'intelligence » *par rapport* au reste de l'activité psycho-physiologique d'un sujet nous paraît mériter le nom de « symptôme névrotique », c'est-à-dire de réaction à l'angoisse, à la souffrance inconsciente. L'intelligence débile, normale ou supérieure, peut exister tout autant chez le névrosé que chez le sujet sain affectivement, mais à possibilité de sublimations originellement égales, le sujet sain dispose, par rapport au névrosé, de facultés intellectuelles mieux adaptées à la réalité, c'est-à-dire plus fécondes. Ses intérêts sont plus nombreux, sans être disparates et visent en même temps, qu'à sa propre satisfaction et à son enrichissement personnel, à des résultats d'utilité objective pour son milieu social.

Chez de tels sujets, l'époque phallique, la phase de latence, ainsi que le début de la phase génitale à la puberté sont marquées par l'intérêt affectif, l'adhésion simultanée et successive à toutes les activités dont ils peuvent (dans leur milieu) avoir la notion.

Ce n'est qu'avec la maturité de la sexualité génitale que l'individu sacrifiera délibérément (et non refoulera) ceux de ses intérêts nettement incompatibles avec la ligne de vie pour laquelle il optera. Ceci d'ailleurs sans aucune amertume résiduelle vis-à-vis des objets auxquels il aura renoncé.

Ce que nous venons de dire n'est d'ailleurs qu'un des cas particuliers de l'aboutissement heureux du développement libidinal génital caractérisé par « la Vocation », qui, lorsqu'elle est sincère jusque dans l'Inconscient, s'accompagne d'épanouissement psycho-physiologique et de fixation libidinale sur le mode oblatif à l'objet d'amour, à l'œuvre, à l'enfant.

La pensée au stade phallique génital. A la phase de latence et après.

Au début de la phase œdipienne, comme nous l'avons montré, la pensée participe du mode anal (captato-agressif), coloré

d'ambition. Ce n'est qu'avec la liquidation du Complexe d'Œdipe et du Complexe de Castration intriqués, que la pensée peut se mettre au service de la sexualité génitale.

La pensée au stade génital est caractérisée par le bon sens, la prudence, l'objectivité d'observation. C'est la pensée rationnelle.

L'objectivité vers laquelle tendra l'individu sera d'apprécier toute chose, tout affect, tout être jusqu'à soi-même, à sa juste valeur, c'est-à-dire sa valeur intrinsèque sans perdre de vue sa valeur relative par rapport aux autres, et, quand il s'agit de soi-même par rapport à ceux de son entourage. Il n'approchera au maximum cette objectivité totale que s'il a, d'une part liquidé en lui les conflits névrotiques, et si d'autre part il n'a pas en activité dans son Inconscient, des noyaux de fixation archaïque.

La pensée objectale totale consciente, telle qu'elle est l'apanage du stade génital oblatif achevé, semble d'ailleurs incompatible avec l'introspection, tout autant, mais pour d'autres raisons que la pensée narcissique du stade oral préconsciente, incapable qu'elle est d'objectivation ou la pensée magique colorée d'ambivalence du stade anal, consciente, mais seulement capable de comparaisons subjectives. Peut-être faut-il voir là, la raison humaine pour laquelle notre conception du développement libidinal individuel s'arrête au stade génital oblatif. En effet, il est caractérisé par la fixation libidinale à l'objet hétérosexuel, pour une vie à deux, féconde et pour la protection de l'enfant (ou de son substitut).

Cette fixation sexuelle génitale peut aller chez l'adulte achevé, jusqu'à l'abandon total, sincère, c'est-à-dire jusque dans l'Inconscient, des instincts de sa propre conservation pour assurer la protection, la conservation et le libre épanouissement de la vie physique, psychique (affective et intellectuelle) de son enfant. C'est une fixation oblatif à un objet extérieur au sujet lui-même.

On ne peut, sans vertige, tenter de « se » concevoir avec un mode de penser total et constant au service de la libido génitale. Pour qu'une telle phrase puisse être dite et les mots trouvés, il y a déjà une réelle difficulté.

Pour qu'une telle pensée soit formulable, il faut un minimum d'intérêt pour soi-même (autoérotique) intriqué à l'intérêt objectal oblatif. Donc ce n'est pas une conception qui soit conforme au mode de sentir et de penser idéalement achevé du Stade Génital. Et les tentatives de réflexions autour de cette seule pensée atteignent à l'incommensurable et à l'ineffable, elles sortent du domaine de la pensée rationnelle humaine. L'introspection relève donc toujours, même au stade génital, d'un mode de penser sur le mode anal et elle n'est par définition jamais rationnelle ni objective.

Ce mode de penser totalement génital oblatif, incontrôlable pour le sujet, est peut-être ce qui accompagne le bouleversement total psycho-physiologique de l'orgasme génital dans le coït avec un partenaire sexuel « aimé » chez l'adulte, arrivé sur le double plan conscient et inconscient, au stade génital oblatif. Mais le propre de l'orgasme sexuel est précisément d'apporter avec lui des émois non pensables, non contrôlables et incommunicables.

Faut-il donner à cette marche vers la totale oblativité le nom d'instinct de mort ? Pourquoi ? Mais aussi pourquoi pas ?

2. — LE ROLE PRIMORDIAL DE LA SEXUALITE DANS LE DEVELOPPEMENT GENERAL DE LA PERSONNALITE HUMAINE

Nous avons essayé de jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'apparition parallèle de toutes les activités chez l'enfant, ainsi que de sa manière concomitante d'appréhender la réalité. *La recherche du plaisir érotique sensuel n'est donc pas l'unique occupation de l'enfant*, même aux yeux des psychanalystes comme certains veulent le croire, mais le rôle primordial de la Sexualité et de ses modalités différentes a cours de ce développement est indiscutable.

A chaque âge, depuis la naissance jusqu'à la mort, il n'est pas une des pensées, des sentiments ou des actes de l'individu

qui ne comporte pour lui la recherche d'une satisfaction d'ordre sexuel, c'est-à-dire dérivée d'une satisfaction libidinale (nous ne disons pas génitale). Il n'est pas de vie saine sans vie sexuelle saine, et inversement, il n'y a pas de vie sexuelle saine chez un individu malade ou névrosé.

La santé de la vie sexuelle ne se mesure pas à l'activité érotique physiologique de l'individu, celle-ci n'est qu'un des aspects de sa vie sexuelle. L'autre, c'est son comportement affectif vis-à-vis de l'objet d'aimance qui se traduit en l'absence de celui-ci par des fantasmes où il intervient. Ces fantasmes sont la base de la vie sexuelle infantile toujours imparfaite comme de toute vie adulte non satisfaite érotiquement.

L'étude de ces fantasmes et de leur symbolisme permet seule de connaître l'âge affectif du sujet et le mode de sexualité qui préside à son activité. Il n'y a pas d'activité qui ne soit *soutenue affectivement par des sentiments* en rapport avec le but de cette activité et cette attitude objectale dérivée est affectivement la même que celle que le sujet aurait, ou a eue sexuellement, vis-à-vis de son objet d'aimance électif.

En fait, le but de toute éducation, (prophylaxie des troubles du comportement), et de tout traitement psychothérapique, (cure des troubles du comportement), est l'utilisation de la libido de l'individu de manière à ce qu'il *se sente* heureux et que ce bien-être subjectif s'accorde avec celui des autres, le favorise même, au lieu de l'entraver.

Nous allons essayer de montrer l'exactitude clinique de ce que nous venons de dire et de tirer des conclusions éducatives pratiques de cette constatation clinique : *c'est l'énergie libidinale dérivée de ses buts sexuels qui anime toutes les activités de l'individu.*

La tendance à frotter rythmiquement une partie quelconque de son corps pour la procuration d'un plaisir hédonique existe depuis les premiers mois de la vie. De même qu'à la phase orale passive, le suçotement sans déglutition est une manifestation sans autre fin que l'hédonisme, de même à la phase orale active mordre ou mordiller est en soi un plaisir.

Ce plaisir agressif oral se continue au début de la phase

anale en même temps que commence le plaisir à pincer, à battre, à écraser, à « pousser », c'est-à-dire à faire un effort. C'est parce que l'enfant est physiquement capable de faire un effort musculaire et qu'il sait naturellement « pousser » qu'on peut, en lui faisant entendre l'onomatopée qui accompagne cet effort et en le mettant en même temps sur le pot, lui enseigner à discipliner cet effort jusque-là ludique, et à le faire servir à ce qui sera la première conquête de la vie sociale en même temps que son premier moyen de faire plaisir à l'adulte aimé.

Mais le stade d'organisation sadique anal où est alors l'enfant, n'en est pas moins agissant et la tension libidinale de l'enfant (agressivité, passivité) *ne trouve quelquefois pas à se déplacer entièrement* à ce stade sur les dérivés que permet ou propose l'adulte. C'est pourquoi l'âge du stade anal est en même temps celui où l'enfant s'arrache le pourtour des ongles, se met les doigts dans le nez, se gratte la peau — même s'il n'a pas de boutons — et peut aller jusqu'à se provoquer de petites lésions qui, naturellement ne demandent qu'à s'infecter (voir observation de G., p. 193). Il peut arriver que l'une ou l'autre de ses habitudes se prolongent au-delà du stade anal, étant donné le moins de prises qu'elles donnent à une répression de l'adulte et cela uniquement parce que la polarisation de toute la libido du sujet vers de nouvelles conquêtes ne se fait pas.

Quand une certaine proportion de sentiments parmi ceux qui sont *normalement contemporains* de cette époque (comme par exemple l'agressivité vis-à-vis de l'objet d'amour) se heurte à des interdictions violentes, sans possibilité de trouver des objets différents sur lesquels déplacer ce sadisme normal, sans entraîner la culpabilité, ces sentiments sont bannis du champ de la conscience et refoulés dans l'Inconscient. Ces affects, quoique inconscients, sont efficaces. Ils produisent une tension libidinale que seules peuvent apaiser des activités inconsciemment liées à eux au temps de leur apparition primitive, activités qui avaient été plus ou moins tolérées chez l'enfant et dont la véritable fin est méconnaissable pour le Moi et le

Sur-moi. Le sujet les autorise, soit consciemment d'accord avec elles, ou bien les tolère comme étant « plus fortes que lui ».

Ceci nous rend compréhensible l'existence de ces gestes apparemment absurdes en eux-mêmes, dépourvus de plaisir, intégrés à la mimique caractéristique de chacun de nous. (En langage courant, on les nomme « manies »). Ils apparaissent à notre insu, à l'occasion de réflexions, de préoccupations, d'efforts ou d'attention. Ils ont qualitativement la même valeur inconsciente que des symptômes obsessionnels, car ils ont la même origine, et ils n'en diffèrent que quantitativement. Au point de vue affectif, ils servent de support à des sentiments de même valeur que ceux de l'enfance et à des fantasmes qui se rapportent symboliquement à des conflits de la période sadique anale. La preuve en est que quand nous voyons une personne se mettre le doigt dans le nez, s'arracher le pourtour de ses ongles, se mordre les ongles ou les lèvres, jouer avec ses clefs ou la monnaie de sa poche, et que nous lui en faisons le reproche, elle ne peut cesser sans se sentir « agacée » et gênée pour penser; la tension physiologique qui accompagne la réflexion (agressivité mentale) tombe ou est plus tolérable quand il y a la détente pulsionnelle que le geste apporte.

Outre ces gestes qui équivalent en somme à une masturbation « dégradée », il y a les particularités de comportement qui sont intégrées au « caractère de l'individu », colères, rancunes, envie, jalousie, vanité, qui sont tout autant des symptômes.

La preuve que ce ne sont pas des attitudes rationnelles, c'est que ces attitudes se reproduisent invariablement dans toutes les relations humaines affectives que le sujet se crée.

D'ailleurs, à côté de ces particularités auxquelles on donne au point de vue de leur valeur culturelle le nom de « défauts », il en est d'autres, comme l'ambition à réussir, la bienveillance, la générosité, la bonté, le courage, qui sont des « qualités » et qui, pourtant ont la même origine inconsciente. L'énergie libidinale a pu, grâce à l'attitude sentimentale de l'enfant vis-à-vis de ses éducateurs (la plupart du temps reflet

de leur attitude inconsciente à son égard) mettre l'accent sur ceux des comportements qui utilisent ses pulsions sadiques, masochiques, à des fins culturellement utiles : Ainsi de l'audace, du goût du risque, quand ils sont récompensés par l'admiration de la mère; de la victoire remportée sur l'adulte au cours d'ébats ludiques agressifs ou de jeux d'adresse quand ils entraînent l'encouragement de l'adulte, si l'enfant a échoué, au lieu d'entraîner son triomphe taquin, etc., des caresses ou des compliments qui encouragent l'enfant à se montrer « bon joueur », généreux dans les conflits inévitables avec les autres, au lieu de reproches sévères qui visent à « le mater » alors qu'il est doué naturellement d'une libido plus riche que d'autres en pulsions agressives.

Les excitations et les décharges libidinales n'ont donc pas tant d'importance en elle-même qu'en vertu des affects auxquels elles sont liées

On nous comprendra à l'aide d'une comparaison :

A-t-on fait un voyage avec un être cher que les moindres paysages, les étapes les plus banales au cours de ce voyage sont pour toujours colorées affectivement de la présence aimée. Celle-ci est-elle soustraite à notre tendresse, on aime à en évoquer l'image, et l'on connaît ces « pèlerinages intimes » sur les lieux où l'on a vécu ensemble et où reste encore vivant le souvenir du bienheureux passé.

Quand l'individu a dans son attitude « intérieure » vis-à-vis d'objets d'intérêt ou d'amour, une certaine « couleur » de sentiments, il a parallèlement un besoin de détente physiologique qui correspond à la catégorie d'affect qui l'anime (c'est-à-dire à son mode de relation objectale vis-à-vis de l'être aimé). Cette correspondance est *préétablie*, elle dépend des liens associatifs inconscients, dont la formation remonte aux premières expériences affectives, les sensations perçues lors de l'extériorisation spontanée de ses pulsions instinctuelles.

Pour l'enfant qui n'a pas encore « l'âge de raison », c'est-à-dire de sens moral (le Sur-moi) *les conclusions expérimentales sont réglées par le principe brut du plaisir-déplaisir*. Ce

qui apporte du plaisir sera répété, ce qui apporte du déplaisir sera évité. Les lois physiques et les lois morales qui régissent le « monde extérieur » (matériel et vivant) qui entoure l'enfant, apportent nécessairement des restrictions au libre assouvissement de ses instincts.

Les pulsions instinctuelles de l'enfant se heurtent à des obstacles. Que ces obstacles soient conformes à la « condition humaine », prise dans le sens le plus vaste, ou qu'ils soient dressés sans nécessité rationnelle par le milieu familial dont l'attitude découle d'une optique éthiquement déformée, l'enfant n'est pas apte à s'en apercevoir. S'en apercevra-t-il un jour, à la puberté ou plus tard, que ses velléités de réviser les valeurs élevées au rang de dogme par son milieu éducateur et par son propre Sur-moi, créeront en lui-même des conflits entre son sens moral déformé et son Moi.

Cette révision des valeurs qui, à la puberté « affective », a pour but de les passer au crible de sa raison est pourtant indispensable à l'individu s'il veut atteindre à son complet développement, qui demande la conquête de l'objectivité. Réviser les valeurs, ce n'est d'ailleurs pas forcément les détruire, c'est seulement en faire l'inventaire, le triage et conserver celles qui conviennent à son *Moi* autant qu'à ses instincts naturels personnels et normaux. Il est inévitable que cette crise pubertaire amène des conflits familiaux plus ou moins marqués, et cela *même* si les parents sont très tolérants, *surtout* s'ils se désintéressent de l'enfant. En effet, pour l'adolescent, l'angoisse intérieure de cette lutte normale de ses instincts contre son Sur-moi est difficile à supporter. Elle l'est moins quand le jeune être peut faire supporter à d'autres la responsabilité de sa souffrance, et les parents sont le Sur-moi *vivant*.

Bien entendu, il y a des parents qui réagissent, soit en se justifiant, soit en interdisant à l'enfant l'essor. Ils accentuent l'intensité du conflit pubertaire, mais celui-ci n'en est pas moins, en lui-même, physiologiquement et affectivement normal. C'est pourquoi ces conflits de l'adolescence pubertaire, qu'ils se passent à l'âge physiologique, ou plus tard, si l'individu est déjà légèrement névrosé, peuvent déclencher des né-

vroses plus ou moins aiguës. Ces dernières se plaçant entre 18 ans et 25 ans et coïncidant naturellement avec les premiers essais de relations amoureuses hors de la famille.

L'art de l'éducateur et du médecin, c'est de conduire l'enfant à l'épanouissement euphorique de toutes celles de ses possibilités affectives et physiologiques naturelles qui sont compatibles avec les exigences physiques et psychiques de son milieu social. Ce n'est pas en isolant l'enfant pour lui éviter le risque des maladies qu'on y arrivera, c'est en l'armant contre elles. De même pour la santé morale, on ne sera d'aucun secours à l'enfant si on lui évite les risques de la vie. Il doit accepter la souffrance inévitable, l'angoisse humaine qu'entraîneront les interdictions que la société dresse à ses pulsions libidinales désordonnées. On l'aidera si on lui permet le *désintérêt libre* et spontané des plaisirs défendus ou peu en faveur dans le milieu où il est appelé à vivre, et cela uniquement en vue de son bonheur personnel. *Ce désintérêt s'obtient, non par la rigueur, mais grâce aux larges compensations libidinales et sentimentales que la soumission apporte à l'enfant en échange des restrictions acceptées.*

L'adulte ne doit jamais oublier que la richesse libidinale d'un enfant peut être égale, mais aussi supérieure ou inférieure à la sienne propre, que la personnalité qui existe *en puissance* chez l'enfant peut être très différente de la sienne et il ne devra jamais comparer la personnalité d'un enfant à une autre, sinon au strict point de vue de réussite pratique, qui ne se mesure qu'à la santé, et au bonheur subjectif d'une bonne adaptation affective.

Il n'existe pas encore de moyen humain qui permette d'apprécier justement la valeur intrinsèque d'un être, ne l'oublions pas. Tout adulte, qu'il soit parent, médecin, ou éducateur, doit avoir très vif en lui le respect de la liberté individuelle de l'enfant dans toutes les activités légitimes qui le tenteront, et le souci de ne rien ajouter aux restrictions instinctuelles que la bonne intelligence avec son milieu social *contemporain* exige de l'individu.

Ces restrictions ne sont pas toujours les mêmes et sont souvent moindres que celles de l'adulte s'impose volontairement par éthique personnelle ou par soumission à des conditions de vie quelquefois pénibles desquelles l'enfant n'est pas responsable, et qu'il ne doit pas s'accoutumer à considérer comme « normales ».

L'enfant peut fort bien aimer et admirer l'éducateur sans être obligé pour cela de le croire infaillible dans tous ses jugements. Du fait même qu'il l'aime et se sent respecté par lui, il se plaira à le respecter à son tour, à lui faire plaisir, et à l'imiter, aussi longtemps que cette attitude s'accordera avec son développement original spontané.

En grandissant, il pourra se permettre le choix d'un mode de vie parfois entièrement différent de celui qu'a choisi l'adulte éducateur. Dans ces divergences de vue, toujours pénibles pour lui, il sera encore soutenu par la certitude que sa réussite et son bonheur dans la voie qu'il a choisie (même si celle-ci doit l'éloigner de l'adulte qui l'a formé) apportent à celui-ci la joie profonde de voir l'œuvre de sa vie menée à bien jusqu'au bout et capable à son tour de fécondité.

Si l'adulte n'est pas névrosé, il possède *naturellement* cet « art » tout affectif, vis-à-vis de son enfant, dont nous venons de dire qu'il doit être celui de l'éducateur et du médecin, sans préjudice des connaissances intellectuelles que ceux-ci doivent y adjoindre. En effet, l'adulte sain psychiquement est, par définition, arrivé affectivement au stade génital, oblatif, il est donc déterminé par son propre épanouissement physio-affectif, à consacrer ses énergies libidinales à son œuvre, aux objets de sa « vocation » à son enfant. Savoir ce dernier heureux lui donne la joie de vivre et la possibilité de vieillir sans amertume et, peut-être même de mourir sans regretter la vie puisqu'il en a épuisé les ressources.

Si nous sommes arrivé à parler d'éducation dans un travail clinique destiné à des médecins, c'est que l'éducation est au comportement pratique de l'individu ce que la prophylaxie des maladies est à la santé générale organique. C'est que « l'art » qui fait la valeur d'un éducateur lui est donné en

partage dès qu'il est doué de *bon sens* naturel, aucun médecin ne peut y rester étranger.

Quels que soient les défauts et les qualités d'un adulte, il peut avoir une attitude affective objective de sympathie humaine faite d'estime et de respect pour tous ses semblables, qu'il les approuve personnellement ou non en son for intérieur. C'est cette attitude qui est la seule valable pour le médecin à qui l'on amène un enfant qui présente des troubles du comportement ou des troubles organiques ou les deux réunis.

C'est alors qu'il pourra, — à condition de posséder aussi des connaissances scientifiques —, faire le diagnostic le plus exact possible, et tenter un pronostic, toujours faillible d'ailleurs. Mais son rôle commence seulement. Il doit encore soigner, c'est-à-dire apporter un secours matériel ou moral, ou les deux réunis, pour aider le malade à guérir en stimulant ses mécanismes de défense naturels, afin de surmonter heureusement ou réparer (avec le minimum de perte de substance, disent les chirurgiens) les troubles fonctionnels ou les dégâts lésionnels pour lesquels le malade vient le consulter.

C'est pourquoi, tous ceux qui s'occupent de troubles du comportement, de troubles fonctionnels organiques, ou des deux réunis, les « médecins » au vrai sens du terme, doivent avoir des notions les plus étendues que possible sur le rôle de la vie libidinale chez l'individu et savoir que l'éducation de la sexualité est le levain de l'adaptation de l'individu à la société comme c'est en fin de compte le moteur de la civilisation.

3. — POURQUOI L'EPOQUE DE LA SEXUALITE EST-ELLE UNE DES PLUS IMPORTANTES DANS LA PATHOGENIE DES NEVROSES

Aux époques successives de la sexualité orale, puis anale, les adultes n'avaient pas exigé la suppression totale des satisfactions hédoniques, ils les avaient seulement disciplinées.

En effet, si la mère ou l'éducatrice n'est pas névrosée, elle

n'a exigé que la relative régularité nécessaire à la fois à la bonne santé de l'enfant et aux commodités de la vie pratique familiale, l'obligation sans raideur de manger proprement, la discipline des fonctions digestives excrémentielles, sans qu'elle soit ni absolue ni obsédante.

Quand l'éducation sphinctérienne est exigée avec une rigueur inflexible, c'est le fait d'une éducation névrotique — c'est-à-dire qui va à l'encontre du but qu'on se propose : désintéresser le Moi de la pulsion pour que les affects qui y sont liés puissent être utilisés à des fins substitutives d'intérêt social. Or, si le fonctionnement intestinal devient un souci, c'est pour l'économie inconsciente la même chose que si l'érotisme anal régnait en maître en l'absence de répression culturelle, mais ce n'est pas du tout la même chose pour l'ensemble de la personnalité et son adaptation pratique. L'individu n'a plus la permission du plaisir qui est condamné, mais il n'est pas pour cela libéré des préoccupations anales. Au contraire, la constipation ou la diarrhée devient le fait important de la journée; une grande quantité de libido est utilisée au refoulement de la pulsion sexuelle, elle-même investie d'une quantité égale de libido. Le libido ainsi bloquée dans l'Inconscient n'est plus disponible pour investir les activités sociales pratiques du Moi, ni pour investir la zone érogène phallique qui doit chronologiquement succéder à la zone anale dans la primauté de l'hédonisme.

Aux époques orale et anale, on avait donné à l'enfant, par l'acceptation du renoncement partiel à la satisfaction de ses pulsions instinctuelles, des moyens de conquérir l'amitié des adultes, sans pour cela l'obliger à réprimer complètement l'intérêt pour ses fonctions digestives, indispensables qu'elles sont à la vie organique. De plus, ce qui subissait le refoulement dans l'intérêt affectif qu'il portait à ses excréments servait à investir d'autres objets d'aimance. La mère d'abord était la première bénéficiaire, puisque l'enfant apprenait à lui donner des cadeaux, et de nouveaux objets étaient accueillis dans le monde affectif de l'enfant.

La libido, colorée de sadisme et de masochisme, détournée

de son but érotique primitif était mise au service de la musculature et de l'intelligence, physiologiquement aptes à utiliser séparément ou simultanément l'agressivité et la passivité dans des activités phragmatiques. Il s'ensuivait des acquisitions culturelles et des expériences personnelles qui enseignaient au sujet les limites et les règles imposées par le monde extérieur à ses pulsions individuelles et servaient ainsi à créer le noyau conscient et préconscient d'une personnalité : LE MOI.

Aux époques orales et anales, le Moi de l'enfant autorise à celui-ci tout ce qui n'est pas visé par les interdictions de l'adulte éducateur auquel se heurtent de la même façon qu'elles se heurtent aux lois physiques du monde extérieur, les pulsions instinctuelles de l'enfant. Ces heurts inévitables donnent naissance à une souffrance qu'on nomme angoisse primaire. Afin d'éviter cette souffrance, l'enfant se conformera dans l'extériorisation de ses pulsions aux restrictions imposées. L'énergie libidinale réprimée, détournée de ses fins hédoniques orales et anales servira à renforcer l'adhésion aux traductions permises qui seront ainsi des moyens de défense du Moi contre l'angoisse primaire en même temps que des satisfactions narcissiques et que des moyens favorisant le développement vers le stade génital.

Si l'éducateur n'est pas névrosé et qu'il a atteint le stade génital de son développement sexuel, si d'autre part, l'enfant est somatiquement normal, il n'y a pas d'incidents « névrotiques » graves dans l'adaptation de l'enfant à la vie sociale. Ses mécanismes de défense se montrent adéquats. Ils se font dans le sens du déplacement des affects sur des objets d'intérêt d'importance culturelle. Ils donnent lieu à des attitudes réactionnelles à forme de traits de caractère et de sublimations en accord avec le milieu social ambiant, avec l'éducateur ou le milieu familial, qui sont eux-mêmes en accord avec ce milieu ambiant. C'est ce qu'on appelle des réactions « normales ». Les frustrations du sevrage et de la discipline sphinctérienne n'auront eu comme conséquence que de stimuler l'évolution sexuelle vers la primauté de la zone érogène phallique.

A l'époque phallique, un fait nouveau survient. C'est l'im-

possibilité pour le garçon de déplacer (sans régression) sur une autre zone érogène, l'investissement libidinal dévolu au pénis, élevé au rang de zone érogène élective.

Pour la fille, le déplacement doit bien se faire du clitoris sur le vagin, mais la proximité anatomique de ces deux zones fait qu'une interdiction visant la masturbation clitoridienne, sera forcément valable (d'ailleurs il en est bien ainsi dans l'esprit de l'adulte réprobateur) pour la masturbation vaginale.

Pour le garçon, comme pour la fille, la zone génitale devient le centre de l'intérêt sexuel qui n'est pas pour cela entièrement détaché de ses anciennes fixations érotiques (gourmandises, plaisanteries stacologiques, sensualité tactile, auditive, olfactive, hédonisme musculaire, l'adresse, la danse, les sports, les agressions ludiques de mordre, de griffer, de battre, etc.).

L'aboutissement de la sexualité infantile à la primauté de la zone génitale est physiologiquement inévitable et le respect de son évolution naturelle est culturellement nécessaire à l'adaptation normale et parfaite à la vie sociale ultérieure, qui demande l'épanouissement physiologique et sentimental de l'individu, c'est-à-dire son épanouissement libidinal.

Les interdictions courantes faites à la masturbation.

De quels moyens se sert l'adulte, quand il surprend chez l'enfant le geste « horrible » qui le choque personnellement ?

Il y a d'abord la simple interdiction sans explication. Si elle n'était accompagnée d'un ton réprobateur et qu'elle ne vînt pas de l'adulte préféré, ce serait la moins traumatisante. En effet, comme de toutes les interdictions qu'on fait à l'enfant, il n'en tient compte qu'en présence des « grandes personnes », ou bien lorsqu'il s'aperçoit par lui-même du risque véritable et rationnel que sa désobéissance en l'absence des adultes lui fait encourir. Or, comme ce « véritable danger » ne se montrera jamais en ce qui concerne la masturbation, il pourra satisfaire aux exigences de la société, qui en effet, cela c'est la réalité ne tolère pas que la masturbation soit publique, mais ne l'interdit à personne dans le privé.

Non seulement l'adulte blâme la masturbation, mais *il est rare que l'adulte ne justifie point son interdiction*, car l'enfant innocemment lui en demande la raison. L'embarras commence ici pour l'adulte qui répond généralement : « *Ce n'est pas beau* », ou « *ce n'est pas propre* », sans se rendre compte que ces explications peuvent creuser un fossé entre lui et l'enfant, qui jusqu'alors lui avait accordé toute sa confiance. Si, par malheur, l'enfant admet et fait siens ces faux jugements de valeur, son « bon sens » en est définitivement altéré; nous reviendrons plus loin sur ce point.

Quand l'adulte fait intervenir des moyens d'intimidation, il parle selon son propre « Sur-moi » et pas du tout selon la morale rationnelle, c'est-à-dire conforme aux exigences sociales réelles de son milieu. C'est pourquoi une mère ou une éducatrice névrosée (frigide par exemple) est profondément néfaste à la première éducation d'un enfant, alors même que l'enfant oublie totalement cette première éducatrice.

« Alors, dira-t-on, vous êtes de ceux qui laisseraient l'enfant à l'état inculte sous prétexte de ne lui faire aucune peine ! ».

Non, point du tout, mais il y a la manière de demander les renoncements instinctuels et cette manière dépend de la personnalité profonde de l'éducatrice. Elle peut aider l'enfant à se développer heureusement, ou au contraire, sous prétexte d'éducation, entraver son évolution.

En fait, il est rare que l'enfant ne réitère pas le geste condamné, si « laid » et « sale » qu'on essaie de le lui faire considérer. *L'adulte recourt alors à des moyens de coercition ou d'intimidation.*

— Il y a tout d'abord la série des punitions corporelles déjà en usage pour l'éducation précédente, les gifles, les coups, le martinet, les privations alimentaires, etc...

— Dans certains milieux raffinés, où l'on ne se permet pas de frapper l'enfant, les mères croient être plus douces, — alors que c'est la plus sadique des punitions corporelles — en attachant les mains de l'enfant lorsqu'il est couché.

Point n'est question pour lui d'oublier sa triste condition

de victime. La moindre velléité de bouger sans aucune intention masturbatoire, lui rappelle par association le plaisir interdit. Toute son activité manuelle en est condamnée. On imagine sans peine les sentiments de révolte que cette immobilité forcée peut provoquer chez un être doué d'une forte agressivité naturelle.

— Il y a, suivant l'âge de l'enfant, la menace magique de le livrer à « l'homme noir », au « croquemitaine », au « gendarme », jusqu'à celle de le livrer aux mains castratrices du « docteur » qui « l'opérera », ou comme on dit plus catégoriquement « la lui coupera » (ceci dit de la main coupable ou de l'organe sexuel).

— Les menaces de maladies mutilantes localement (le pénis se rongera ou tombera, la main coupable se desséchera ou se paralysera) — de maladies amoindrissantes (fatigue, tuberculose, idiotie, folie) — voire de maladies mortelles ou de mort.

Trouvant à leur enfant les yeux « cernés », certaines mères en incriminent la masturbation, et bien qu'elles n'aient jamais pris l'enfant sur le fait, elles le sermonnent. Comme il n'est pas d'enfant qui ne se soit au moins une fois « touché » (qu'il soit ou non coutumier du fait) l'enfant est frappé à l'idée que « ça se voit sur la figure », angoissé par les suites graves prophétisées, il est alors traqué par les menaces castratrices jusque dans sa solitude.

— Ajoutons, pour les milieux croyants, le châtimement divin (enfer) encouru pour cette faute grave (péché mortel) dont il faut chez les catholiques s'accuser en confession — c'est-à-dire, pour le garçon, avouer au substitut du père castrateur. Malheureusement, le prêtre sort parfois (névrotiquement) de son rôle, et gronde au lieu de donner le pardon apaisant pour la conscience angoissée de l'enfant.

Derrière toutes ces explications destinées à appuyer l'interdiction de la masturbation, il y a, formulée ou implicite, la notion de peine, de chagrin profond que l'enfant fait à l'adulte, et cela est nouveau. L'éducation à la propreté et l'éducation générale n'avaient jusqu'alors provoqué chez l'adulte que des interdictions proférées sur un ton violent, fâché, las, excédé, méprisant, mais jamais encore il n'y avait cet appoint de gêne

intime qui accompagne le ton réprobateur de l'adulte quand il parle à l'enfant de questions touchant l'éducation sexuelle génitale.

D'ailleurs, la sévérité vis-à-vis de la masturbation infantile est le fait de ceux qui ont un Sur-moi anal. Ils disent vrai « pour eux » quand ils trouvent la masturbation laide ou sale alors qu'un Sur-moi génital ne la juge qu'imparfaite et insatisfaisante. *Le Sur-moi anal refoule l'hédonisme génital au même titre qu'il refoule l'hédonisme excrémental.* Ceci explique pourquoi les femmes frigides sont la plupart du temps des constipées opiniâtres et pourquoi dans la santé de leurs enfants, leur intérêt est centré sur le fonctionnement intestinal.

Quant aux croyances, aux dangers de la masturbation, à la maladie, à la folie, à l'imbécillité, voire au ramollissement de la moelle épinière (sic), elles sont si répandues dans certains milieux, qu'il faut bien croire que ces « bruits » ont été lancés par des médecins peu sensés, auteurs de livres néfastes, dans lesquels sans doute, ils écrivaient en noir sur blanc ce qu'ils voulaient rendre plus impressionnants pour eux-mêmes, sadiques et obsédés de masturbation qu'ils étaient. Ce dont ils se privaient, il fallait aussi en priver leurs frères humains pour apaiser leur angoisse personnelle.

La vérité, c'est que la masturbation normale, loin de fatiguer l'enfant, apaise la tension libidinale phallique qu'il ressent et dont les érections font preuve. Elle apporte à l'enfant une détente physio-affective qui n'atteint pas en intensité l'orgasme de l'adulte puisqu'il n'y a pas d'éjaculation, mais qui est un apaisement psychique et physique, tant qu'il ne se mêle pas d'angoisse de castration découlant de la culpabilité à ses fantasmes masturbatoires.

Comme nous le montrons au deuxième paragraphe de ce chapitre (page 66), *ce qui importe* à la phase phallique de 3 à 5 ans (comme d'ailleurs aux époques qui précèdent, à celles qui suivent, et chez l'adulte lui-même) *ce ne sont pas tant les manifestations extérieures de la sexualité que le mode des relations objectales qui les accompagnent.* Ce qui importe, c'est la façon dont le sujet se conduit vis-à-vis de son objet électif d'intérêt affectif, celui qu'il investit de sa libido et sur lequel

il dirige ses émois, ses pensées et ses fantasmes sexuels à fins érotiques et sentimentales.

C'est pourquoi à l'époque œdipienne, le respect de la masturbation génitale est si capitale : c'est pourquoi sa suppression imposée avant que l'enfant n'ait fait intérieurement le travail affectif personnel du renoncement aux objets incestueux, entrave son adaptation ultérieure plus ou moins totalement.

Lorsque l'adulte argue : « Ce n'est pas beau », ou « ce n'est pas propre », aucune de ces réponses avons-nous dit ne s'accorde avec sa vérité à moins qu'il ne soit un adulte névrosé. *Le seul argument valable*, évidemment d'ordre éthique, qu'il soit rationnel d'employer, c'est *la pudeur*, si l'enfant se masturbe trop ostensiblement en public, ce qui est assez rare.

Le mieux est de ne point prendre garde, à la masturbation ; le plus souvent fugace, cessera d'elle-même. Et si l'on juge nécessaire d'intervenir, ce ne peut être qu'en particulier, afin de ne point blesser l'amour propre de l'enfant et ce doit être sur le ton naturel qu'on mettrait à lui faire une remarque banale à propos de l'habillement ou de la toilette, par exemple, en faisant appel à la notion de pudeur, c'est-à-dire de ce que chacun est admis de faire dans le privé, aussi bien les grandes personnes que les enfants.

Et cet argument suffit toujours dans les cas dont nous avons eu l'expérience, à supprimer sans danger pour l'enfant la tendance à se masturber en public.

L'enfant peut de la sorte admettre la répression éducatrice de l'adulte sans être obligé à un refoulement prématuré de sa sexualité phallique. En effet, cette justification vraie du renoncement demandé apporte à l'enfant l'avantage d'être placé au même niveau culturel que l'adulte, ce qui diminue ses sentiments rationnels d'infériorité et s'accorde avec son plaisir de s'identifier à l'adulte. C'est une compensation au renoncement momentané que représente le fait de différer la satisfaction de la pulsion instinctuelle. On aide ainsi l'enfant à soumettre sans l'interdire son hédonisme particulier à certaines règles qui valent pour tous, c'est-à-dire qu'on stimule son adaptation aux exigences de la société. Ici encore une remarque : la pudeur de l'adulte non névrosé n'est pas motivée par « la honte » de ses

sentiments ou de ses besoins physiques naturels. Aussi, le « tu devrais avoir honte » que les parents disent à leurs enfants est encore affectivement un moyen d'intimidation castrateur.

C'est pourquoi les menaces de mutilations sexuelles plus ou moins explicites que les adultes prononcent en présence de la masturbation de la seconde enfance, autant chez le garçon que chez la fille, ont une si grande importance.

Que la masturbation soit ostensible ou cachée, ce qui importe c'est que l'adulte ne s'y oppose pas totalement au nom de principes faux, pour que soit préservé l'avenir affectif de l'enfant. Celui-ci doit pouvoir pratiquer la masturbation quand le besoin s'en fait sentir, sans qu'intervienne la notion de culpabilité, ou de danger, venue du monde extérieur, qui n'est jamais nécessaire à l'éducation. Cette parfaite liberté intime laissée à l'enfant préservera sa liberté affective, c'est-à-dire le libre jeu de ses sentiments tendres ou hostiles, ses fantasmes conquérants, belliqueux, séducteurs, par lesquels la fille ou le garçon motive tout ce qu'il « fait », d'une façon directe ou indirecte pour la conquête passive et active de ses objets d'amour.

Nous avons dit que cette activité sexuelle incomplète, subsistait vers 7 ans, normalement et pour des causes endogènes (organiques et affectives), un retrait naturel. C'est la période prépubertaire de sommeil plus ou moins complet de l'érotisme génital. Le respect de cette évolution normale est la seule attitude favorable que puisse avoir l'éducateur.

Si l'interdiction de la masturbation vient du monde extérieur, et qu'elle soit lourde de charge magique refoulante, au lieu d'être simplement rationnelle et conforme aux exigences réelles de la bonne éducation ¹, la libido sera bloquée dans l'Inconscient par la violence de l'angoisse primaire de Castration; la libido deviendra de ce fait, inutilisable pour investir les acquisitions du Moi, acquisitions nécessaires à la continuation normale du développement psycho-affectif de l'enfant.

(1) Il m'est arrivé déjà trois fois de rencontrer des mères qui ne tolèrent à leurs garçons jusqu'à un âge avancé que des culottes à pont, parce que « c'est plus convenable ». Toutes les trois m'ont avoué qu'elles cousaient la braguette à la machine, quand elles étaient obligées, faute de temps d'acheter en confection au lieu de faire elles-mêmes les culottes de leur fils (ces femmes m'ont avoué qu'elles étaient frigides).

CHAPITRE III

LE COMPLEXE DE CASTRATION

1. L'activité sexuelle du stade phallique.
2. L'angoisse primaire de castration.
3. Chez le Garçon. 5. Chez la Fille.

LUTTE CONTRE L'ANGOISSE PRIMAIRE DE CASTRATION. NAISSANCE DU COMPLEXE D'ŒDIPE AVEC APPARITION DE L'ANGOISSE SECONDAIRE DE CASTRATION. — LUTTE CONTRE L'ANGOISSE SECONDAIRE DE CASTRATION. FUITE. PROTESTATION. RÉACTIONS NÉVROTQUES. — SOUMISSION ET LIQUIDATION DU COMPLEXE D'ŒDIPE. — FORMATION DU SUR-MOI.

4. La sexualité de la fille comparée jusqu'au stade phallique à celle du garçon.
6. Le symptôme énurésie dans la symptomatologie du complexe de castration névrotique.
7. Angoisse de mort et angoisse de castration.

1. L'activité sexuelle du stade phallique.

Nous avons montré au chapitre précédent la place qu'occupe dans le développement psycho-physiologique général le Complexe de Castration chez la fille et chez le garçon, et nous avons dit qu'il s'intriquait au Complexe d'Œdipe.

Pourtant, nous avons parlé d'Angoisse de Castration, en la qualifiant de primaire chronologiquement bien avant le Complexe de Castration, au moment de la constatation — plus précoce chez la fille que chez le garçon — de l'absence du phallus chez la fille.

C'est le moment où l'enfant est dans les cas normaux détaché érotiquement du plaisir sexuel excrémental. Son activité est entièrement soutenue par les pulsions sadiques et masochiques du stade captativo-sadique dit anal qui sont utilisées à l'adaptation sociale, telle qu'elle est jugée « normale » à son âge.

Du point de vue de ses relations sentimentales avec ses objets d'aimance, la façon dont il se comporte vis-à-vis de sa mère est conforme à son développement sexuel. Il veut captiver son attention, conquérir sa tendresse, et pour cela, il dispose de deux moyens extrêmes de séduction, l'agressivité et la passivité. La manière dont l'adulte répond à ses exigences aimantielles, et sait réagir par l'affection tendre justement mesurée, les réprimandes, et surtout les compliments à bon escient, à ses divers comportements, apporte des satisfactions affectives à l'enfant qui dans les cas « normaux » sont des compensations suffisantes aux renoncement acceptés. Quant à la zone érogène, la facilité avec laquelle il s'en est détaché, vient de ce qu'il a pu découvrir le plaisir hédonique dévolu à l'excitation phallique.

Dans les cas normaux, comme nous le voyons, l'enfant de 3 ans n'a plus rien d'un petit sauvage, il est déjà « policé », il a déjà un caractère, des habitudes, des occupations favorites, un mode de penser et de nombreuses possibilités affectives qui sont canalisées dans des relations sociales avec l'entourage et souvent, dans la plus heureuse des éventualités, avec quelques enfants de son âge, filles et garçons. Sa libido est donc déjà bien employée.

Bref, *l'enfant de 3 ans n'est plus un « pervers instinctif »*, c'est-à-dire un Ça avide d'assouvissements hédoniques désordonnés et immédiats, il possède un Moi. Son sens moral personnel n'existe pas encore, cependant le besoin qu'il a de la société des autres le conduit à se comporter déjà intuitivement selon les règles morales de son entourage.

Les moments où il se livrera à la masturbation, seront d'une part, ceux où il « s'ennuiera », où il n'aura rien de plus ou d'aussi attrayant à faire (dans son lit, quand il ne dort pas et

qu'il doit rester « sage ») c'est-à-dire les moments où son imagination marche à vide, si l'on peut dire sans trouver de support ludique à la détente physiologique sexuelle (au large sens du mot) que la tension libidinale demande. Ce seront, d'autre part, les moments où il sera spontanément en état physiologique d'excitation (érection de la verge, tension du clitoris) demandant une détente masturbatoire.

C'est dire que chez un enfant normal, en bonne santé, la masturbation ne sera guère publique, ni fréquente, et que, telle elle sera, l'adulte devra s'en désintéresser complètement.

Ce besoin d'ailleurs sera d'autant moins impérieux que la mère saura stimuler son enfant dans la conquête de toutes les activités utiles et ludiques dont il est capable. Le choix se fera surtout vers les activités que servent l'adresse, l'activité musculaire et intellectuelle de l'enfant à l'imitation des filles et des garçons plus âgés que lui.

Il en découle que, chez un enfant qu'on surprend fréquemment en train de se masturber, il s'agit dans le cas où il est « normal » d'un enfant de caractère exceptionnellement doué et qu'on devrait initier à des occupations supérieures en force ou en niveau mental à celles réservées aux enfants de son âge. Mais beaucoup plus habituellement, il s'agit d'un enfant déjà névrosé, dont la masturbation est devenue un besoin obsédant. Cet enfant est à soigner et non à gronder. Des moyens d'intimidation, visant à interdire la masturbation — au cas où il y obéit — inhiberont son développement (peu à peu, il prendra l'air « abruti »), et, s'il n'y obéit pas, ils en feront un instable, un coléreux, indiscipliné, révolté. Ni l'une ni l'autre de ces éventualités ne sont, croyons-nous, le résultat que cherche l'adulte, c'est pourtant malheureusement ce qu'il obtient, et qu'il a sans le savoir, tout fait pour obtenir.

Nous avons parlé, dans le paragraphe 3 du chapitre précédent de la question des interdictions habituelles de la masturbation. Nous les appelons « castratrices » parce qu'elles visent à la suppression de l'activité génitale organique de l'enfant. Or comme nous le montrerons, quand il n'y a pas névrose, l'activité physiologique accompagne toujours un comportement af-

fectif correspondant, qui donne son sens à toutes les activités mentales et physiques qui caractérisent son comportement. C'est pourquoi bien des interventions apparemment anodines de la part des adultes, visant à interdire certains modes de comportement spontané de l'enfant et caractéristiques de sa sexualité normale, auront la valeur d'interdictions « castratrices », (exemple : la curiosité chez l'enfant des deux sexes, l'instinct batailleur chez le garçon et la coquetterie chez la fille), simplement parce que ces interdictions auront touché à des éléments lourdement chargés de valeur affective libidinale.

Nous admettons, pour plus de clarté dans l'exposé du Complexe de Castration, que contrairement à l'usage assez répandu, il n'est pas fait de remarque à l'enfant sur son activité masturbatoire, soit que l'adulte y reste indifférent, soit qu'il ne s'en aperçoive pas.

Nous allons voir que point n'est besoin de l'intervention des adultes pour que l'enfant souffre d'une angoisse primaire de Castration, vis-à-vis de laquelle il doit apprendre à se défendre et non encore à capituler. Ses mécanismes de défense, comme on le verra, auront inévitablement pour effet de faire entrer en jeu la rivalité œdipienne, laquelle à son tour, déclanchera une angoisse de Castration dite secondaire, celle du Complexe de Castration proprement dit.

C'est dans la lutte avec cette angoisse-là seulement que l'enfant devra, non pas capituler lâchement, mais — qu'on nous passe l'expression — « signer un armistice » jusqu'à la puberté, quitte alors à voir cette angoisse reprendre son rôle castrateur, et le sujet reprendre la lutte et la terminer à ce moment-là, ou jamais ¹. Mais dans les cas les plus heureux, il signera la paix, c'est-à-dire liquidera son Complexe d'Œdipe et désarmera le Complexe de Castration avant la phase de latence dans laquelle il entrera en pleine santé physique et morale, ce qui lui permettra des acquisitions culturelles excellentes. Celles-ci faciliteront d'autant sa puberté et l'épanouissement normal sentimental et physiologique de son adolescence, puis de sa maturité.

(1) Sans psychanalyse.

Toute intervention des adultes tentant à supprimer totalement la masturbation ou à s'immiscer inutilement dans les imaginations et les projets qui masquent des fantasmes sexuels, pour les passer au crible de la raison, devra prendre le nom d'intervention castratrice (physiologique ou affective). Ses résultats seront néfastes ou dangereux pour la santé générale physique et morale de l'enfant. Elle augmentera l'angoisse inévitable et normale de l'individu dans ce moment naturellement difficile de son développement. Elle stimulera la formation de noyaux névrotiques ou l'éclosion d'une névrose caractérisée dont le Complexe de Castration aura été le traumatisme occasionnel.

2. — L'angoisse primaire de Castration.

Le malaise que l'enfant éprouve à constater l'absence de pénis chez la fille, le pousse d'abord à scotomiser le témoignage de ses sens. Comme nous l'avons dit, il reste convaincu que la fille en a un plus petit, et qu'il poussera, ou qu'il est caché entre les jambes comme un de nos malades adultes l'avait rêvé à propos d'une femme ce qui lui avait rappelé son fantasme infantile. L'enfant a beau se rassurer par ces espoirs consolants, le garçon n'en éprouve pas moins la peur que cela ne lui arrive aussi, puisque cela est possible.

Comme on le sait, le mode de pensée à ce stade phallique sadique est sous le signe de l'anthropomorphisme et de la magie. L'enfant cherche, selon sa logique du mode captativo-sadique (ou son niveau mental, si l'on veut) à expliquer cette loi de la nature qui le heurte consciemment comme étant une anomalie. Cela ne lui semble pas dans l'ordre naturel des choses. Il ne s'en était pas aperçu plus tôt, il conclut que « c'est tombé », ou « qu'on l'a coupé », ou que « ça s'est perdu ». D'après chacune de ses explications, il construit une histoire, c'est-à-dire un fantasme où les choses sont symboliquement représentées, les dessins des enfants illustrent ces fantasmes (voir le dessin N° 1, l'animal a le nez et la queue coupés). Et voir cas de Tote.

Michel, un petit malade que j'ai en analyse, me raconta l'histoire suivante (pour m'expliquer le dessin n° 3) : « C'est un Monsieur Chinois qui a épluché une banane, et qui est content de la banane, et puis il regarde un arbre, et il jette sa banane parce qu'il croit que c'est une pierre, la dame attrape la banane ». A ma question : « Est-ce que c'est une histoire vraie ? » il me répond, « Ça m'est arrivé. J'avais une pomme pour goûter et puis, j'ai fait pipi contre un arbre, et puis j'ai plus fait attention. J'ai cru que c'était une pierre que j'avais, je l'ai jetée sans faire exprès et après je n'avais plus de pomme pour moi, et

je ne savais pas comment c'était arrivé ». Nous voyons comment l'histoire vraie sert de base au fantasme. La pomme, déjà fruit défendu du paradis terrestre, Michel le sait, est remplacée par la banane, symbole phallique, et l'histoire se rapporte à son pipi. La maman de Michel est une de ces mères qui cousent les braguettes, ce qui oblige Michel, évidemment, à ôter sa culotte pour faire pipi — donc à poser ce qu'il tient par terre, pour se libérer les deux mains — (voir le beau couvre-chef phallique de la dame), puis il a oublié de ramasser son goûter, probablement par acte manqué névrotique.

Quand l'enfant s'est aperçu que l'absence de pénis ne se rencontre jamais que chez les filles, le premier résultat est de dévaloriser celles-ci.

(Cf. l'observation de Claudine) : « Elle est *celui* (sic) qui n'a rien » dans le dessin où « les garçons et les monsieurs ont chacun un grand machin pour regarder la mer ».

Ne croyons pas pour cela que l'enfant admette que les femmes et surtout sa mère puissent être dépourvues de pénis. Fille et garçon continuent encore à l'imaginer infiniment supérieure à eux, donc munie d'un grand phallus. En effet, avoir une verge, c'est « être plus fort que les filles », or, les adultes, hommes et femmes, sont encore plus forts que les garçons. L'enfant se sent en état d'infériorité vis-à-vis de l'adulte et il a raison, sa condition d'enfant l'y oblige tout naturellement.

Voir le dessin n° 6 (d'un garçon énurétique de 11 ans). Il y a un grand arbre dans la mer dans ce dessin de fantasme œdipien. Le symbolisme était si clair que je lui ai posé la question : savait-il que les femmes n'étaient pas faites comme les hommes ? Il l'ignorait, bien qu'il sût que sa sœur et les filles n'étaient pas faites comme les garçons. Mais, quand elles étaient « des mamans, des dames », il croyait que « ça s'arrangeait ».

Une fois admis le fait et l'infériorité qui en découle, l'enfant se demande pourquoi les filles sont ainsi. Il cherche à donner une réponse selon sa logique de motivation et il se dit c'est parce « qu'on l'a punie » — toujours prêt qu'il est à ce stade, à voir des sanctions sur le plan destructeur agressif à cause de son propre sadisme qu'il projette sur les autres. Il est

en effet incapable encore de concevoir des êtres sentant et pensant autrement que lui-même.

Il se demandera : « Qui l'a punie ? » il se répondra par des histoires connues ou inventées ou des fantasmes, arabesques imaginatives, autour d'un fait raconté par l'adulte.

Chez un de mes malades, les symboles castrateurs sont tous apparus en dessin. Il y a eu successivement le grand-père avec son rasoir, Mme Fichini, la mauvaise fée de Blanche-Neige, la méchante maman, le père fouettard, l'ogre, le croquemitaine, le sergent de ville, le gendarme, le pape (!) l'officier avec son sabre, l'homme de la forêt avec son piège, l'homme-poisson, l'homme de la mer, le scaphandrier. Tous ces êtres puissants, magiques, étaient abondamment fournis en chapeaux extraordinaires, en bâtons et grand sac pour engouffrer les enfants.

Pourquoi, dans toutes ces histoires, l'enfant tombe-t-il aux mains de ces ogres dévorants, de ces êtres tout-puissants et méchants. Pourquoi punit-on les enfants en leur coupant « la biquette », ou « le robinet », selon l'explication qu'il se donne de l'absence du pénis — « infligée » aux filles ? Naturellement, parce qu'ils n'ont pas été sages ou qu'ils ont désobéi. C'est pourquoi la sévérité des adultes, alors que l'enfant est bruyant ou agressif dans ses jeux et ses occupations, comme on l'est normalement à cet âge, sans méchanceté d'intention, cette sévérité sans fondement logique a sur lui, qu'il soit garçon ou fille, un effet castrateur. Elle augmente inutilement l'angoisse primaire normale de castration, en soulignant encore l'infériorité que l'enfant ne sent déjà que trop, parce que les grandes personnes sont pour lui ces êtres merveilleux, qui sont par définition toujours sages, et qui ont toujours raison. Or, c'est à leur bon plaisir, semble-t-il à l'enfant, qu'il doit d'être fille ou garçon. C'est l'adulte divin qui fabrique une fille au dépens d'un être primitivement intact à qui il prélève une partie de son corps qui, sans cette intervention castratrice, serait resté celui d'un garçon.

Nous voyons donc que l'angoisse primaire de castration a pour point de départ une interprétation fausse de la réalité, mais que c'est une interprétation à laquelle aucun enfant ne peut échapper, du fait même du mode de penser contemporain de cette découverte. De plus, le fait de la découverte de la dif-

férence des sexes, qui n'est possible qu'à partir d'un certain moment du développement, aura pour l'enfant le rôle utile de stimuler son développement.

L'important, dans ce conflit, c'est qu'il se passe dans le Moi. L'enfant est conscient de son malaise, il le refuse sciemment. Il l'interprète comme venant de l'extérieur et sa raison demande à en trouver une cause apparemment logique.

Le danger qui le menace vient d'une part de la force magique qu'il prête aux adultes et d'autre part de son infériorité vraie à leur égard. Bien que le conflit se passe au niveau du Moi, nous ne pouvons pas appeler cet émoi la peur de la mutilation sexuelle, car la peur définit un émoi devant un danger vrai, imminent. Nous ne pouvons pas davantage l'appeler crainte de Castration, car la crainte est intellectuelle. On choisit le terme d'angoisse à cause de la profondeur de l'émoi physiologique qu'il traduit et parce que la puissance maléfique prêtée à l'adulte n'est pas rationnelle, elle sourd des profondeurs de l'Inconscient. *Pourquoi ne pouvons-nous pas appeler ce conflit le Complexe de Castration*, puisqu'il y a conflit entre des pulsions et des interdictions, et que ce conflit déclanche l'angoisse de castration ?

C'est, d'une part, que l'angoisse est éprouvée par le Moi conscient et que l'on réserve le terme de complexe à un conflit inconscient; d'autre part, qu'il n'y a pas intrication de pulsions contradictoires. L'enfant refuse la castration dont il se croit menacé, à tort, mais ce refus ne met pas encore sa sexualité en danger, au contraire. Nous verrons que comparativement au Complexe de Castration, ce conflit préœdipien est riche de conséquences heureuses pour la sexualité dont elle favorise encore l'épanouissement. Au contraire, le Complexe de Castration sera pour l'enfant une source de souffrance sans autre issue affective heureuse que l'abandon momentané du développement de sa sexualité, ce qui d'ailleurs s'accorde avec le ralentissement physiologique du courant libidinal pulsionnel.

Lutte contre l'angoisse primaire de Castration.

SA CONSÉQUENCE, LA NAISSANCE DU COMPLEXE D'ŒDIPE QUI DÉCLENCHE
À SON TOUR L'ANGOISSE SECONDAIRE DE CASTRATION.

D'après ce que nous avons relaté précédemment, nous avons vu que *l'angoisse primaire de Castration tient à 3 facteurs* :

1° *La découverte de la différence phallique* observée chez d'autres, infériorité ou supériorité selon qu'il est garçon ou fille.

2° *La puissance maléfique des adultes.*

3° *Une infériorité vraie devant l'adulte.*

Le premier de ces facteurs est le seul immuable, les deux autres peuvent être réduits.

Le second facteur, la puissance magique de l'adulte peut être passé au crible de la raison. Cela apportera la dissociation de l'ambivalence en affects sadiques et masochiques qui, séparés les uns des autres, serviront à investir des objets différents. L'adulte déclaré méchant sera le parent castrateur, quant à l'autre, l'adulte bon, on cherchera par tous les moyens, à provoquer de sa part aide et protection.

C'est ainsi que la lutte contre ce 2° facteur de l'angoisse amènera l'enfant à la situation œdipienne.

Quant au 3° facteur, l'infériorité vraie de l'enfant, celui-ci cherchera à y remédier — soit en la niant consciemment d'une manière catégorique, ce qui subjectivement, l'augmente par la constatation de la différence entre ce qui est et ce qu'on voudrait qu'il fût — soit en surmontant par des acquisitions culturelles appréciables. L'avantage de cette dernière attitude est qu'elle confère plus de moyens de séduction pour conquérir l'aide et la protection de l'objet œdipien.

Dès cette lutte contre l'angoisse primaire de Castration, l'attitude du garçon et de la fille vont être différentes.

3. — LE GARÇON

Lutte contre l'angoisse de castration.

Ecueils.

Pour lui, le fait d'être favorisé par la nature (alias mère phallique) alors que la « pauvre fille » est dévalorisée, lui rend plus précieux encore son pénis, et plus accueillante la nature, les grands espaces libres, les forêts, la mer. Le phallus, déjà précédemment investi de libido narcissique, à cause des satisfactions sexuelles que la masturbation apportait, subit un investissement libidinal supplémentaire, auquel se mêle quelque chose de l'ordre de la confiance en soi qui donne au garçon le goût de l'aventure.

Mais comme la sexualité est encore qualitativement captativo-agressive, les manifestations de triomphe orgueilleux du garçon seront des exagérations des composantes uréthrales sadiques : jeux bruyants, brutaux à domicile, et dehors, courses, départ à l'aventure dans les bosquets des environs, recherche de cailloux pour les lancer le plus loin possible. (Toujours une note agressive et un thème d'aventure). Fantasmes belliqueux en jouant au soldat. L'enfant joue seul d'abord c'est-à-dire qu'il prend la place des 2 camps ennemis, auxquels il s'identifie en même temps puis successivement (ambivalence). Dans ses fantasmes, les officiers ont droit de vie ou de mort sur les soldats et les prisonniers.

Cependant, affectivement à ce moment, l'objet d'amour électif c'est la mère, d'autant plus adorée du garçon qu'il attribue à une faveur spéciale de sa part le fait d'être un garçon. Sa manière de l'aimer est encore sur le mode de relation objectale du stade phallique uréthral sado-passif. Il veut conquérir son affection tendre et admirative et les moyens dont il dispose sont des moyens agressifs qui, affirmant sa sexualité, doivent selon son optique, rendre sa mère fière de lui, son père aussi secondairement. « Tu avais bien raison de me considérer digne d'être un garçon ».

Son infériorité vraie d'enfant lui est moins pénible à supporter qu'il sent que sa mère l'apprécie — et il peut même, grâce à son identification avec son père, se sentir participer de sa puissance magique. Il est un cheval, un lion, un tigre dans ces fantasmes ludiques. Il triomphe de l'angoisse primaire de Castration et continue son développement sexuel normal.

Mais, comme nous l'avons vu, son attachement pour sa mère, va aller grandissant, alors que celle-ci se libère de la constante sujétion qui la tenait liée à l'enfant. Pourtant, sa tendresse, sa bienveillante et maternelle attention continue à envelopper sentimentalement son fils. Elle stimule en lui la fierté de se faire des amis parmi les petits et les grands, et de se comporter avec eux selon les conventions sociales de son milieu. Elle se montre contente et fière des progrès qu'il réalise dans le domaine de l'endurance physique, des initiatives heureuses, des conquêtes intellectuelles.

Le petit garçon trouve alors dans le monde extérieur, des objets d'attraction, amitiés, jeux, intérêts auxquels il adhère intellectuellement et affectivement avec enthousiasme. C'est pourquoi aussi, ses échecs ou ses insatisfactions affectives, l'atteignent profondément en intensité. Quelle que soit la rapidité avec laquelle il oublie, ce sont de gros chagrins que les chagrins d'enfant et des joies débordantes que les siennes.

Toutes ces activités sont animées de la présence de sa mère. De ses relations avec elle, dépend la coloration des émois à travers lesquels il prend contact avec de nouveaux objets d'aimance.

Ceci explique la tristesse des enfants qui sentent leur mère affligée ou fâchée, même en sachant la raison, car ils n'en comprennent pas la valeur affective, et surtout quand la mère accaparée par ses propres soucis, laisse l'enfant dans la solitude du cœur. Sans que les parents s'en doutent, l'enfant se croit responsable et la moindre des incartades méritant une remontrance prend alors pour lui la valeur d'un crime et son sens moral intime se trouve déformé par des scrupules. Il en est ainsi de sa gaieté par exemple, ou de son indifférence lors d'un deuil qui attriste une famille entière, alors que lui-même n'avait

pas d'aimance captative à l'égard de l'être disparu, ou encore qu'il ne s'était pas identifié à lui. Un chagrin dont il ne partage pas la raison ne peut l'attrister et pour peu que le disparu lui semblât un rival dans l'affection de sa mère, ou un oppresseur, l'enfant ne peut s'en montrer affecté; au contraire, il se sent libéré d'un grand poids, et il le montre par son comportement. Bien qu'il sache déjà « tricher », c'est-à-dire nier un fait qui lui soit défavorable, l'enfant ne sait pas encore « faire semblant » (quand il s'agit d'un fait qui le laisse indifférent). C'est à l'éducation de le lui enseigner, non par malignité hypocrite, mais par respect des sentiments d'autrui. C'est pourquoi des parents soucieux du bien-être de leur enfant, devrait, tout en ne leur cachant pas le fait brut de la mort, respecter l'insouciance qu'ils montrent à son égard, et se réjouir de ce qu'ils n'éprouvent pas encore une douleur, qui leur sera bien assez tôt poignante, puisqu'aucun de nous ne peut vivre sans connaître l'abandon intérieur où nous laisse la perte d'un être cher. Et, si par bonheur, l'un de nous pût y échapper, ne serions-nous point heureux que ce fut notre enfant ? N'évitons point le contact de la réalité à l'enfant, mais respectons en lui son insensibilité spontanée ou ses moyens de défense naturels à leur égard quand son attitude ne doit pas entraîner plus tard une souffrance réelle.

Le petit garçon que nous avons laissé confiant en lui, riche de possibilités libidinales intègres, était encore incapable de « jouer avec » d'autres, bien qu'il aimât la compagnie de ses contemporains. Peu à peu il abandonne ses fantasmes et ses jeux autistiques pour des jeux partagés et des histoires qu'il aime à écouter et à raconter. Il aime toutes les activités où se mêle le goût du risque, de l'audace, du plaisir de se montrer courageux et astucieux.

Il recherche alors la compagnie des autres garçons de son âge ou plus âgés que lui, et n'aime pas accueillir les petits ni des filles dans le cercle de ses amitiés. Quand les filles veulent se mêler aux jeux des garçons, c'est un tollé : « Non, allez-vous en, les filles »... « les filles, ça compte pour du beurre », etc... Si un des garçons se montre moins « barbare » et moins aven-

tureux que les autres, s'il n'aime pas à se targuer de courage, d'endurance, on le traite de « fille » d'un air méprisant et il devient le souffre-douleurs de la bande déchaînée.

Des incidents pénibles pour son amour-propre, des mésaventures (plaies et bosses), des accidents quelquefois, seront la rançon de ses acquisitions viriles. Le garçon les supporte courageusement, fièrement devant papa et les camarades, heureux de pouvoir pleurer sans honte avec sa mère, qui sans l'humilier, le soigne physiquement tout en minimisant l'importance de l'échec, et en stimulant pour l'avenir son esprit de revanche sur lui-même et sur les autres, en étudiant avec lui les moyens de surmonter les causes de son échec.

Le garçon arrive ainsi — naturellement — à maîtriser les vraies difficultés — sans avoir besoin de recourir à la magie des secours imaginaires. « Malin » n'a plus dans son langage le sens péjoratif diabolique, mais est au contraire synonyme d'intelligent et de finement rusé pour la bonne cause. Il sublime dans « l'adresse » pragmatique, l'agressivité pulsionnelle brute, grâce à la prévision des conséquences des modalités de son comportement par rapport aux exigences de la réalité. C'est la base du bon sens pratique.

Ses exploits sur le mode ludique symbolique, ou sur le mode sublimé culturel social, scolaire, sont pour lui des détenteurs euphoriques de ses pulsions sexuelles. Le but hédonique affectif primitif est lui-même sublimé en but sentimental (plaire et faire plaisir). Il permet de gagner l'estime des grandes personnes en même temps que sa propre confiance en soi basée cette fois non sur des fantasmes de puissance magique, mais sur des valeurs réelles objectives. C'est *l'âge chevaleresque*. Ces efforts couronnés ou non de succès sont pour l'Inconscient l'équivalent des tournois du Moyen Age. Le vainqueur va recevoir une fleur et un baiser de la dame de ses pensées. Mais le vaincu, s'il a été brave et s'est bien défendu, est lui aussi récompensé par la confiance que sa dulcinée lui garde, par sa tendresse et par les encouragements qu'elle lui prodigue, tout en pansant les blessures qu'il a risquées pour lui montrer qu'il était fort, digne de son affection et mériter ainsi qu'elle lui en fasse librement présent.

Ce comportement garçonnier et chevaleresque, va entraîner des conséquences culturelles et affectives importantes. D'une part, le garçon *va surestimer son père*, si celui-ci est normal, et il *va le jalouser* parce qu'il est son rival vis-à-vis de la mère qu'il protège et entretient. Le garçon va donc essayer de l'emporter sur son père en tâchant de se rendre utile à sa mère par tous les moyens, et « apprendre » tout ce qu'il faut pour arriver à faire comme papa, lire, écrire, gagner par ses bonnes notes des sous avec lesquels il achètera un bouquet de fleurs, un cadeau, qu'il rapportera triomphalement à sa mère. Il s'ingéniera à fabriquer de ses mains des objets qui lui feront plaisir. Ainsi se formera l'ébauche de son Sur-moi, c'est-à-dire en son for intérieur sa « Conscience » qui lui dictera les meilleures choses à faire, celles à éviter, non plus suivant le principe du plaisir hédonique direct, mais selon le sens moral qu'il faut avoir pour être pris en considération par sa mère, pour s'entendre dire par elle « te voilà un vrai petit homme ».

Mais plus le garçon se développe dans le but déclaré de plaire à maman, de devenir comme papa, plus les fantasmes œdipiens deviennent clairs ¹. Dans ses imaginations, le garçon emmène sa mère en voyage avec lui tout seul, il est au volant de l'auto, il conduit l'avion, il bâtit leur maison, il choisit un métier pour gagner des sous pour elle, elle sera heureuse, ils auront des enfants.

Ces fantasmes œdipiens se heurtent constamment à une réalité contradictoire, l'infériorité d'âge, inexorable. La mère est « à papa ». — « Toi, dit papa, quand tu seras grand, tu auras aussi une femme ». — « Mais c'est maman que je veux » — « Non, ce n'est pas possible, parce que maman est à moi, et puis elle deviendra vieille comme grand'mère quand toi tu seras assez grand pour devenir un papa ». L'enfant ne peut pas encore admettre la réalité pénible. Puisque maman est à papa, si papa n'était pas là, elle ne serait à personne et ils seraient tran-

(1) Remarquons que dans bien des cas, le complexe d'Edipe se « joue » sur une tante, sœur de la mère ou une grande sœur, afin d'éviter le danger de la rivalité avec le père, ce danger n'en est pas moins là, car l'enfant a beau « jouer » son Complexe d'Edipe sur une autre, c'est à sa mère possédée par son rival qu'il pense et il réagit vis-à-vis de l'autre femme « comme si papa le défendait ».

quilles tous les deux. D'où les fantasmes belliqueux, agressifs, brutaux, à l'intention de papa. S'il pouvait mourir. Les « Je te tue », avec les revolvers en papier. Les « on n'a pas besoin de toi, nous deux maman ». etc...

Admettons que le père ne se fâche pas et qu'il garde une totale indifférence devant l'attitude et les propos agressifs mythomaniques de l'enfant. Eh bien, *même* dans ce cas, la culpabilité de l'enfant devient croissante *par angoisse de Castration réflexe* (secondaire) absolument indépendante d'une intervention extérieure castratrice. *Elle n'est due qu'au fonctionnement énergétique de l'Inconscient.*

Que traduit économiquement la situation œdipienne ? Elle traduit l'investissement de la mère (objet de sexe et de comportement féminins) par un violent courant de libido qui a fait suite à la conscience prise par le garçon de sa supériorité phallique; sa mère en ayant été rendue « responsable ». Cette libido — sous la primauté d'une affectivité sadique ambitieuse uréthrale — était servie par des moyens pulsionnels positifs, passifs et agressifs. L'aimance dirigée vers la mère, jointe aux caractéristiques physiologiques plus spécialement agressives des pulsions instinctuelles mâles, détermine le garçon à aimer sa mère sur le mode possessif en se mettant affectivement et socialement « du côté des garçons » et des garçons forts, grands (des hommes).

En effet, tout ce qui, dans son comportement, le ferait ressembler aux filles, aux plus petits, déclenche associativement une angoisse calquée sur l'angoisse primaire de Castration, mais due au souvenir inconscient auquel ils sont liés : la constatation de l'absence de phallus ou de phallus plus petit, constatation angoissante pour celui qui interprète la castration des filles comme une punition infligée par les adultes. Il est alors poussé à s'identifier de plus en plus aux forts, aux hommes, jusqu'à vouloir faire tout comme eux. D'où les fantasmes œdipiens. En ce faisant, le petit garçon va affectivement dans le sens de son développement naturel.

Mais le vrai père est là, adulte, qui a des droits sur maman et qu'elle aime. A ce moment, il n'est pas de garçon normal

qui ne montre vis-à-vis de son père un désintérêt affecté qui cache en réalité une crainte jointe à une jalousie réelle. Il veut se dire que son père est jaloux, car il projette sur lui ses sentiments, il se plaint à maman de la sévérité de papa. Gare aux mères qui font le jeu de ces petits Œdipes en blâmant papa de sa sévérité, même si le père est injuste. Elles perdront de leur prestige et elles amorceront des querelles réelles avec le père qui donneront encore plus de sentiments de culpabilité à l'enfant, car il les a déclenchées (Cf. Cas de Paul). De plus, en son for intérieur, ce qu'il admire c'est précisément la fermeté et la supériorité de son rival modèle. Si la mère l'attaque et que le père cède à la mère, c'est comme si elle ne permettait à son garçon de devenir « son petit homme » que pour le tenir en tutelle. Les mères qui ne sont pas névrosées et qui laissent à l'homme la supériorité affective, savent bien que si papa est sévère, il n'en aime pas moins son fils. Et si par hasard, il ne l'aimait pas ou qu'il en fut inconsciemment jaloux, ce n'est pas en le lui reprochant qu'elles le feraient changer — au contraire.

Peu à peu une agressivité jalouse commence à se faire jour, dans des attitudes manifestement hostiles, des conflits pour tout et rien avec son père, des désobéissances ostensibles destinées à provoquer les réprimandes paternelles, dont il va se plaindre à sa mère. Cette attitude qui se retrouve toujours à un moment du développement de tous les garçons, d'où vient-elle ? (Dans les cas où le père n'est manifestement pas jaloux de l'affection que la mère voue au fils, bien entendu).

Elle vient des intentions rivales, agressives que l'enfant sent en lui contre son père, et c'est là qu'entre en jeu le Complexe de Castration. L'angoisse que l'enfant éprouve n'est pas déclenchée par les menaces de mutilations sexuelles du père, d'autant que la masturbation a quelquefois bien diminué; en effet, la libido est employée à tant d'activités dérivées, qu'à ce moment dans les cas normaux, les adultes n'ont plus besoin de répéter les interdictions du début de la phase phallique. De plus, la pudeur et les habitudes prises à l'imitation de son père permettent à l'enfant de se comporter comme un « petit

adulte », bien que maladroitement encore, pour tout ce qui concerne la bonne tenue, la « civilité puérile et honnête ». Mais toutes ces sublimations sont lourdes de charge affective, celle-ci étant colorée de sadisme inconscient à l'égard du père, surtout s'il est aimé et admiré consciemment, au point que l'enfant veut, non seulement le remplacer, mais l'imiter, être pareil à lui. Dans ce cas, l'agressivité liée naturellement (à cause de l'ambivalence) à l'affection passive pour le père, deviendra très violente dans l'Inconscient du sujet qui la projettera sur son père.

Si le père est viril, bien portant et sévère, sans l'être trop, le Complexe d'Œdipe n'aura aucune peine à être tout à fait normal, car l'image du père est « de taille » à supporter l'agressivité inconsciemment violente du garçon, sans donner à celui-ci le besoin de rechercher la punition par sentiment de culpabilité.

Si au contraire le père est un être faible physiquement, il sera beaucoup plus difficile au garçon de devenir très viril, car les succès sur des activités dérivées des rivalités œdipiennes sont conçues par lui comme des succès coupables et son Sur-moi y réagit comme s'ils étaient tels¹.

Dans une famille normale où le père est celui qui commande et est lié de tendresse amicale avec la mère, le fils est nécessairement conduit à chercher à s'identifier consciemment le plus possible au père. Cette identification *amorcée pour fuir l'angoisse de Castration primaire, amènera une situation de rivalité amoureuse* du fils, qui deviendra jaloux des prérogatives paternelles auprès de la mère et tentera de le supplanter par tous les moyens dont il sait que la mère les approuverait. C'est la situation de Compétition œdipienne affective et sociale qui caractérise le garçon de 6 ans et qui aboutit inévitablement à des fantasmes meurtriers. L'angoisse qui en résulte est tellement violente que la seule façon de céder pour l'enfant est de renoncer définitivement à l'objet primitif, enjeu de la compéti-

(1) Les pages de devoirs de calcul chez un de mes petits malades névrotiquement inhibé à l'arithmétique sont griffonnées de coutelas et de scènes représentant un bonhomme qui plante un couteau au niveau du sexe chez un personnage plus petit étendu et emmaillotté.

tion et de sublimer les pulsions qui visaient à conquérir sa mère. Les pulsions incestueuses sont à jamais interdites, aussi loin que le garçon accepte d'en différer la réalisation.

L'inceste est libidinalement castrateur. C'est au nom de *nécessités intérieures* que le sujet est contraint d'abandonner la lutte avec son père ou de la sublimer sur d'autres objets (viser la conquête de toutes les femmes, *sauf la vraie mère*).

En effet, si cette agressivité à l'égard de son père arrivait à triompher sur le plan conscient, dans la réalité, le fils ne pourrait plus s'identifier socialement à lui, car ce mécanisme d'adaptation exige dans l'énergétique de l'Inconscient que le possesseur mâle de la vraie mère soit investi de libido passive.

Cette double attitude rivale et passive ne s'accorde pratiquement qu'avec une famille « normale », c'est-à-dire sans névrose où le garçon est autorisé au comportement garçonnier, où les altercations inévitables et nécessaires éclatent avec son père sans interventions maternelles (« qu'ils se débrouillent entre hommes »). La compétition œdipienne du fils et du père n'est pas réelle par le fait même que la mère a déjà choisi le père. Elle peut alors accorder au garçon, sans blâmer le père et sans aucun sentiment de culpabilité vis-à-vis de son Sur-moi, les consolations maternelles de tendresse déliées de libido érotique, au petit homme qui a besoin d'une affection féminine dans les difficultés de son adaptation sociale. La mère contribuera ainsi à stimuler chez le garçon la formation du Sur-moi génital vrai. Le garçon renoncera d'autant plus facilement à la rivalité avec son père, qu'il se rendra compte de l'inutilité de son comportement (source d'angoisse). Quoi qu'il fasse, sa mère l'aime en second sans plus, et lui permet de s'attacher à d'autres objets féminins. Si l'enfant liquide son Complexe d'Œdipe et il est fier au contraire de tout ce qui peut dans ses réussites le faire ressembler à son père, il n'en éprouve plus de sentiments de culpabilité, ce qui favorise l'avènement de sa saine puberté.

Si cette compétition œdipienne du fils et du père est réelle, elle ne peut viser qu'à la conquête de sublimations ou d'objets de déplacement affectifs.

Le garçon sublime sa libido génitale primitivement au ser-

vice de la conquête œdipienne, dans des amitiés sororales avec des filles, considérées comme telles et non considérées comme des garçons. S'il triomphe dans les sublimations, et que la mère et le père en soient fiers, c'est la meilleure des solutions pour lui, celle qui fera du fils, après la puberté, l'égal de son père socialement. Et, si le fils triomphe dans la conquête de l'objet féminin (amie de son père) sur lequel il a déplacé la tension libidinale érotique dirigée primitivement vers la mère et ce ne peut pas être avant la puberté, puisqu'il y a impuissance réelle de l'enfant. Donc la *compétition œdipienne ne peut entraîner que l'angoisse de Castration*. Mais après la puberté, c'est une éventualité heureuse pour le fils à condition que ce triomphe s'accompagne d'estime pour son père, d'un comportement « camarade » avec lui comme avec les autres hommes, et que son succès soit basé sur la « conquête » qu'il a faite de la femme qu'il prend. Tout ceci en effet, traduit que le fils avait sublimé la libido passive qui lui avait, dans l'enfance, permis de s'identifier à son père.

Si la compétition œdipienne du fils et du père était réelle, non sublimée, ceci demanderait d'abord que le père fût investi d'une forte agressivité *consciente*. Or ce fait n'est pas possible dans les cas de familles « normales ». Le fait d'entrer en rivalité réelle avec le père sans que cela s'accompagne d'auto-punition, prouve que le fils a trouvé un autre rival œdipien (amant de la mère ou tout autre) auquel il a pu s'identifier, et d'ailleurs, le triomphe sur son père ne lui accorderait pas plus de puissance réelle sur sa mère. Celle-ci ne s'en déroberait donc pas moins à lui. Le résultat pratique d'un tel succès apparent serait une culpabilité vis-à-vis du père par identification avec son rival vainqueur, sans autre résultat qu'un accroissement d'angoisse de Castration.

Admettons que l'agressivité consciente soit possible, et qu'elle triomphe jusqu'à éloigner le père de la mère (séparer les parents pour l'Inconscient équivaut à « tuer son père »). Si l'agressivité triomphe, le sujet ne peut profiter de sa victoire, car il n'y a plus de possibilité libidinale libre pour s'identifier socialement à son père. Ce mécanisme de l'identification au

père rival exige que le possesseur mâle de la vraie mère soit d'une part un vrai rival, et d'autre part qu'il soit investi d'une proportion assez forte de libido passive, due à l'homosexualité sado-masochiste sublimée.

Il y a des garçons qui restent fixés amoureuxment à leur mère. Leur comportement est caractérisé par le fait qu'ils ne cherchent à « séduire » activement aucune femme. Si leur père est vivant, les 2 hommes sont en disputes continuelles, car, le fait de n'avoir pu se détacher de sa mère pour aller vers d'autres objets d'amour affectifs et sexuels, prouve que le garçon n'a pas sublimé — dans l'amitié d'égal pour son père — son homosexualité précœdipienne, ce qui lui aurait permis de s'identifier à l'homme. Il est donc inconsciemment déterminé à se « faire battre » par son père dans des altercations qu'il recherche. Quand le père n'est plus là et que le garçon se « consacre » à sa mère, ce comportement peut s'accompagner de réelles sublimations sociales, en rapport avec les activités dérivées du refoulement de la sexualité génitale et prégénitale, mais ce garçon ne peut pas se comporter sexuellement et affectivement comme un adulte. Il se montre impuissant dans les tentatives de coït avec toute femme, du moment qu'il l'aime sentimentalement.

Si cette compétition n'est pas réelle, mais seulement fantasmatique, le sujet ne peut pas davantage s'identifier socialement, c'est-à-dire dans la réalité pratique à son père, car cette adaptation sociale demande des actes et non des fantasmes. Il doit regresser à un comportement sexuel prégénital ou devenir génitalement impuissant dans le coït.

La liquidation du Complexe d'Œdipe. Ecueils.

C'est pourquoi au stade phallique, le Sur-moi du garçon se forme d'une manière rigoureuse, il est basé sur la nécessité de refouler toutes pulsions sexuelles qui, dans « l'ambiance » affective maternelle, visaient à l'érotisme phallique. Dans la meilleure des éventualités, elles sont sublimées vers des conquêtes culturelles utilisant les émois ambitieux phalliques, mais

là encore, elles ne le peuvent être que si le Sur-moi l'autorise, c'est-à-dire si le Conscient ne se met pas en situation d'angoisse.

Si le garçon renonce à la fixation érotique à sa mère, mais qu'il conserve le besoin de rechercher des satisfactions affectives homosexuelles d'ordre passif (séduction du père), la moindre de ses activités ou de ses pulsions sexuelles agressives (masturbation en cas de tension phallique) ou symboliques, associées qu'elles sont à « choses défendues », s'accompagnent associativement d'angoisse de Castration venue du Sur-moi qui parle « comme parlerait le père », auquel le fils est soumis affectivement. Ces satisfactions érotiques entraînent de l'angoisse, et leur retour à la puberté devient dramatique. *Le renoncement aux pulsions agressives à l'égard de la mère doit s'accompagner du renoncement aux pulsions passives séductrices à l'égard du père.* L'acceptation du fait qu'il est le plus fort en même temps que la tension de tous ses efforts pour devenir dans le monde de ses contemporains un « type sympathique » aux autres et leur inspirer confiance signera ce renoncement. Il sera suivi du désintérêt affectif pour « les choses des grandes personnes », la « chambre » des parents, l'intérêt porté à d'autres « maisons », d'autres « familles ». L'abandon des parents à leur vie d'adultes se fera sans amertume, dans l'attente d'un avenir pour lequel on fait mille projets réalisables et qu'on prépare par des activités scolaires sociales, ludiques.

Le désintérêt pour les questions sexuelles se fait de soi-même, sans heurts. L'enfant accepte de n'en pas savoir plus long et s'il entend d'autres enfants en parler, il écoute et réfléchit sans s'estimer coupable, puis, souvent, il oublie, parce que, dans cette phase de repos érotique qu'est la période de latence, les propos sur les questions sexuelles n'ont plus d'intérêt pour lui. Ceci vient du retrait physiologique de libido qui caractérise cette période, ou plutôt d'un débit uniforme de courant libidinal, qui trouve entièrement à s'employer dans les activités que le Sur-moi laisse à sa disposition. Le retrait physiologique de libido chez l'enfant dure de 7 à 8 ans jusqu'à la puberté.

Si le retrait libidinal physiologique arrive avant que l'enfant n'ait accompli son détachement affectif à l'égard de son père, les acquisitions de la période de latence auront toutes

pour objectif de plaire à son père et non de devenir son égal en conquérant sa propre estime et celle des autres. Le réveil à la puberté des pulsions agressives libidinales mâles remettront le garçon dans la situation d'angoisse antérieure à la phase de latence. Il devra alors renoncer à ces sublimations inconsciemment coupables à l'égard des femmes puisque l'acquisition de ces sublimations avaient eu pour but inconscient d'évincer la mère dans l'attention et l'affection du père. C'est l'attitude qualifiée parfois de complexe de féminité chez l'homme.

Le travail affectif du détachement vis-à-vis de l'image du père sera beaucoup plus difficile qu'avant la puberté, car le Sur-moi s'est fortifié et l'angoisse est d'autant plus violente que les pulsions de la puberté sont violentes. Le jeune homme conquerra difficilement sa virilité adulte et ne le risquera jamais sans avoir l'impression d'en être fautif. Il ne pourra y arriver que par des fixations à d'autres objets d'aimance, choisis sur le modèle des relations inconscientes qu'il avait avec son père. La « chance » le fera peut-être rencontrer dans la vie un autre homme fort et paternel, auquel il s'attachera, dont la femme sera assez « mère » pour lui permettre de jouer son Complexe d'Œdipe sur elle, et assez fixée elle-même à son mari pour aider le garçon de son affection, rester seulement une amie qui autorise sans jalousie le garçon à se fixer ailleurs, peut-être même à aimer sa fille. Dans ce cas, la situation œdipienne sera « affectivement » celle qu'elle aurait dû être.

Dans toute autre éventualité, le garçon est voué — sauf le cas où il se fera psychanalyser — à rester toute sa vie au stade auquel son Sur-moi infantile l'a fixé inconsciemment sous peine d'angoisse de castration au moindre essai d'obéir à des pulsions qui le feraient sortir des limites tracées.

Si le garçon arrive à l'âge adulte physiologique sans avoir liquidé son Complexe d'Œdipe, il est resté au stade intermédiaire filial infantile à l'égard de l'homme (moins agressif que les hommes, plus que les femmes). Son homosexualité est latente, manifeste à l'occasion, en tous cas affective. S'il n'y

a pas pédérastie, c'est que l'homosexualité est refoulée et maintenue refoulée par le Sur-moi en accord avec le Sur-moi collectif ambiant. Mais le sujet supporte mal la compétition vis-à-vis des hommes, et ne la supporte pas avec ceux qu'il estime supérieurs à lui. Il ne peut donc réussir à conquérir la femme de l'un de ces supérieurs, substitut du père, et pas plus celle de son père que celle d'un autre.

On voit donc que le *Complexe d'Œdipe* peut n'être pas résolu et pourtant s'accorder avec une sexualité physiologique et génitale (hétérosexualité sur le plan pénétrativo-phallique) sans estime et sans tendresse pour l'objet sexuel, tandis que l'estime et la tendresse sont seulement disponibles pour des amitiés amoureuses masculines, accompagnées ou non d'homosexualité manifeste¹. Ces hommes ont toujours vis-à-vis de leur vraie mère une attitude filiale masochique passive et non objective.

Cette attitude de Complexe d'Œdipe tardif « larvé », si on peut dire, est relativement compatible avec la vie sociale dans sa forme actuelle, mais elle s'accompagne d'une assez forte inhibition d'agressivité dans l'Inconscient. Elle favorise l'éclosion de névroses au cours de la vie à l'occasion de faits et de circonstances qui feraient entrer en résonance les facteurs déclencheurs du Complexe de Castration encore inconsciemment actif. Telles sont les circonstances où il faut rivaliser normalement avec le père ou des contemporains dans la compétition intellectuelle, culturelle, ou sociale, c'est la cause inconsciente des angoisses et des échecs aux concours et aux examens alors que le sujet a les capacités nécessaires pour y être reçu. Si le fils « réussit » dans la vie, pécuniairement parlant, ce ne peut pas être dans les mêmes activités que son père ou dans des activités qu'il approuverait, sinon c'est au prix de sa virilité sexuelle. Le fait de se marier, c'est-à-dire d'afficher socialement la conquête d'une partenaire sexuelle, est aussi

(1) Psychanalytiquement, on parle d'homosexualité « latente » (inconsciente ou refoulée) pour la différencier de l'homosexualité « manifeste », celle des pédérastes, actifs ou passifs et de l'homosexualité sublimée, celle qui régit les rapports amicaux entre individus du même sexe sans composante inconsciente affective autre que des composantes oblatives du stade génital objectif, c'est-à-dire sans ambivalence.

source d'angoisse. Et s'il arrive à se marier, il redoute la venue des enfants. Ceux-ci réveillent en lui une telle angoisse qu'il ne peut se comporter « en père » à leur égard. Il est jaloux d'eux. Il veut les « ignorer », sinon les détruire.

Ce comportement est toujours plus ou moins lié au « Complexe de féminité » de l'homme, ou plutôt il est empreint de l'attitude inconsciente passive homosexuelle dérivée d'un refoulement de la rivalité œdipienne et non de sa liquidation. Il se rencontre chez des hommes apparemment virils mais qui dans leur attitude vis-à-vis de leurs enfants, s'ils en ont malgré la pauvreté affective de leur vie génitale hétérosexuelle, se comportent en « possessifs » et non en « oblatifs » ni en « réciprocitaires ». La présence de leurs enfants autour d'eux et sous leur dépendance neutralise leur angoisse de Castration qui se joue sur le mode régressif de la frustration anale. L'éloignement de leurs enfants provoque chez eux l'agressivité ou la mélancolie accompagnée de sentiments pénibles d'abandon qui par projection de leur agressivité vengeresse peut aller jusqu'au sentiment d'être persécutés par leurs enfants. Ce sont des hommes fortunés qui coupent les vivres à leurs fils dès qu'ils veulent se créer une situation ailleurs que dans leur orbe. Ce sont encore les pères qui discréditent leurs enfants, leur déniaient toute valeur personnelle et toute possibilité de se « débrouiller » sans eux dans la vie. Ces idées étant nécessaires à neutraliser leur angoisse. En effet, si ces idées étaient rationnelles et non au service d'un mobile inconscient, la réussite de leurs fils, malgré les obstacles qu'ils essaient souvent de leur opposer eux-mêmes les rassurerait définitivement et calmerait leur angoisse. Au contraire, ils paraissent s'estimer directement frustrés et réagissent comme si la réussite de leur fils réveillait les sentiments d'envie et d'infériorité contemporaine du complexe de castration. En fait, c'est bien une castration sur le mode anal, une frustration d'objets qui leur appartenaient et qu'ils avaient investis d'une libido au service de l'aimance égo-possessive du stade archaïque anal encore en activité dans leur inconscient. Si leurs filles les quittent ils sont moins profondément atteints et réagissent par une acceptation désabusée que com-

pense assez les qualificatifs agressifs pour ceux qu'elles ont suivis.

L'attitude d'homosexualité sublimée¹ et non refoulée est l'attitude d'égal sexuel et social à l'égard des individus (parents ou autres) du même sexe que soi. Cela implique *l'amitié réelle pour les deux parents*, basés sur une estime objective, la tendresse s'ils y répondent, en tous cas la même sympathie à priori, vis-à-vis d'eux que vis-à-vis des autres. Cette attitude n'est possible (du point de vue détermination inconsciente) que lorsque le fils a abandonné inconsciemment la poursuite de sa mère comme objet de conquête sur le mode agressif, et son père comme objet de conquête sur le mode de la séduction passive. Il se permet en son for intérieur, de n'être pas de l'avis de son père, sans que cela nécessite qu'il cherche à s'en faire punir en affichant inutilement ses idées subversives. Il se sent intérieurement libre. Et surtout, il déplace l'intérêt exclusif accordé à son père ou aux hommes de sa famille sur d'autres hommes et garçons, soit qu'en rival, il tente de les « battre » — succès scolaires, sportifs, bagarres, soit qu'en disciple il les admire *objectivement* en se permettant de les juger comme il le ferait de quiconque.

Il en découle que l'infériorité affective du fils à l'égard de son père, même si elle s'accorde avec une supériorité vis-à-vis des femmes, n'est pas une attitude objective, tant que cette infériorité n'est pas admise tout naturellement dans ce qu'elle a de réel, exactement comme elle le serait si cet individu n'était pas son père et cela sans qu'il y ait réveil de rivalité agressive sadique, de sentiments cuisants d'infériorité, de refus de l'admirer si objectivement, son père le mérite — au contraire.

Au moment de son Complexe d'Œdipe à 6 ans, le garçon est réellement inférieur à son père en force et en moyens de conquêtes, il doit donc l'admettre et *abandonner, non différer* la lutte pour l'objet d'amour maternel, c'est-à-dire sublimer son Complexe d'Œdipe. Les garçons qui ne liquident pas leur Complexe d'Œdipe n'arrivent pas à juger leur père tel qu'il est, avec ses défauts et ses qualités, tout en l'aimant, sans réveiller l'angoisse du Sur-moi castrateur. Le besoin d'être un intermédiaire

en force entre le « papa et la maman » au lieu de se mettre délibérément à « l'école des pères », en devenant camarade des hommes, provoque des complications névrotiques chez de tels garçons, au moment physiologique de la puberté. L'avènement de la force adulte physiologique ne peut se faire normalement que, *loin du couple parental*, puisque le refoulement des pulsions incestueuses nécessitait la faiblesse physique manifeste. Devant les parents, ensemble ou séparés, il se sent angoissé. Tout ce qui peut prêter à « comparaison » avec le père (égalité, infériorité, supériorité), réveille une agressivité inconsciente due à la libido, mise au service de la compétition œdipienne, autrefois refoulée et non sublimée, et fait entrer en jeu l'angoisse de Castration liée à « la présence » réelle du père, ou sa « présence morale » quand la mère est seule. Le garçon n'a pas liquidé l'homosexualité passive, et en l'absence de son père à la maison, il ne peut pas prendre affectivement sa place et se comporter en adulte égal avec sa mère. La situation inconsciente œdipienne l'interdit au nom de l'angoisse de Castration.

Il est évident que l'enfant, au moment de son entrée en période de latence, ne peut pas posséder cette attitude totalement objective, mais il peut avoir abandonné *tous sentiments d'infériorité non fondée et toute agressivité œdipienne pour ses deux parents*. Accepter son infériorité vraie, en ce qu'elle a d'irréparable, en luttant pour vaincre toute infériorité dont il puisse à son âge, triompher, vivre pour les autres et pour soi-même, préparer l'avenir, c'est la seule attitude compatible avec l'avènement d'un mode d'aimance génito-oblatif de la sexualité chez l'homme comme chez la femme.

Cette liquidation complète du conflit œdipien qui libère la sexualité du garçon jusque dans l'Inconscient, s'accompagne du « détachement » inconscient. Ce n'est, ni une protestation consciente contre l'un des parents, ou contre les deux, ni une destruction (« brûler ce qu'on a adoré »), c'est aller plus loin dans son développement avec les mêmes énergies libidinales qui ont servi à investir les objets qu'on abandonne, c'est donc « faire son deuil », accepter la mort intérieure d'un passé révolu au

nom d'un présent aussi riche que lui, sinon plus, en satisfaction libidinales, et d'un avenir plein de promesses.

CLINIQUEMENT, cette liquidation du Complexe d'œdipe se traduit par un comportement social, familial, scolaire et ludique, caractéristique d'une bonne adaptation. Par un état « nerveux » normal, *sans instabilité*, sans angoisses, sans cauchemars ni terreurs nocturnes, et par la disparition complète de toute curiosité, préoccupation et activité sexuelle spontanée. La vie affective du garçon se passe surtout en dehors de la famille. Il n'y a pas de conflits marqués avec le père ni avec la mère.

Le comportement social est marqué par les nombreux investissements — camarades, professeurs, sur qui sont déplacées les pulsions ambivalentes, agressives et passives, précédemment accordées au père — filles, sœurs de camarades, vis-à-vis desquelles il est heureux de se comporter en petit champion, ce qui le fait admirer.

Les jeux sont de préférence collectifs, et si l'enfant s'occupe seul, c'est dans des activités pragmatiques objectives, constructions difficiles, ou dans la lecture d'histoires vraies. Parmi les jeux collectifs, prédominent les jeux à règles compliquées. Jeux de guerre où il est toujours galonné, plein d'autorité belliqueuse, avec le droit de vie ou de mort sur ses subordonnés, et les prisonniers du camp ennemi — jeux du gendarme et des voleurs, — jeux brutaux, bruyants, et si c'est en plein air, il y a toujours dans les règles du jeu de la course, de la poursuite, de la recherche aventureuse. Les règles sont volontiers compliquées avec des « statuts », l'attribution de grades administratifs, des sanctions pénales. Les filles y sont admises, mais toujours pour « doubler » un garçon, ils se mettent en camp. Des amitiés mixtes s'amorcent et « les filles » sont là pour garder les buts, pour faire le guet, pour faire l'infirmière. Il traite ceux qui les attaquent de lâches, etc. tandis que lui s'amuse à les intimider, les terroriser puis à les consoler, et à les protéger, à leur donner des bonbons, bref à user de son pouvoir séducteur et conquérant sur le mode d'aimance encore chevaleresque et jaloux, coloré de sadisme infantile, et jusqu'à la puberté, qui

marquera l'avènement de la recherche de relations affectueuses réciproques entre le garçon et les filles.

Ecueils du Complexe de Castration chez le garçon.

Nous avons vu la façon de se comporter devant l'angoisse de Castration primaire d'un garçon chez qui les mécanismes de défense sont respectés. Nous avons vu au chapitre précédant les interdits habituels qu'on fait à la masturbation.

Mais, disons qu'une réprobation simple de l'onanisme excessif, c'est-à-dire de la sensualité sexuelle, qui ne s'accompagne pas de menaces magiques ou qui n'est pas proférée par l'adulte aimé (la mère) n'est pas tellement traumatisante. (Peu d'enfants y échappent, les domestiques, les autres enfants se chargent « à défaut » de la mère, de prévenir l'enfant).

La véritable **mère « castratrice »** est celle qui s'oppose en quelque façon à l'affirmation extérieure corporelle de ce qui caractérise un garçon (culottes à braguette, cheveux courts, sobriété du goût dans son habillement), et en même temps qu'aux manifestations affectives et ludiques qui caractérisent le comportement d'un garçon (audace, force, rudesse affectée, orgueil de son sexe, fierté de réussir des entreprises intellectuelles ou musculaires nouvelles, comportant un certain risque).

Si la mère condamne ou déprécie les activités caractéristiques mâles, par « peur qu'il ne fasse mal », si elle lui donne contamment en exemple un enfant plus jeune ou plus passif : « regarde comme il est sage », si elle soupire de voir l'enfant grandir « tu n'es plus mon petit », ou regrette qu'il ne soit pas la fille qu'on avait souhaitée dès avant sa naissance, tout ceci venant de la mère, le personnage le plus important de tout son entourage, équivaut pour le garçon à le rendre fautif de la moindre de ses activités dérivées de sa sexualité phallique. C'est implicitement lui dire, alors même que l'interdiction de la masturbation n'a jamais été formulée : « Je t'aimerais si tu n'avais pas de pénis ».

Pour plaire à sa mère, le garçon tente de soumettre sa

libido à cette mutilation, le résultat en est une suractivation de son angoisse primaire de Castration, puisque les 2 facteurs d'infériorité dont elle dépend subissent un renforcement venu du monde extérieur.

Bref, tout ce qui gêne l'enfant dans ses mécanismes *naturels* de défense contre l'angoisse primaire de Castration entraîne des réactions affectives anti-sociales, manifestes ou non, caractérisées par le refus de l'effort et de la soumission aux règles communes. Dans la sphère érotique, on assiste à des déplacements régressifs de la libido sur les zones érogènes de stades révolus. Il y aura énurésie, appétit capricieux, gloutonnerie dans la meilleure éventualité; ou si cette régression érotique inconsciente entraîne la sévérité de l'adulte, des troubles gastro-intestinaux, des tics qui obligent l'adulte à prendre l'enfant en pitié, à le soigner. La fin justifie les moyens. Les moyens (maladie) désagréables, justifie la fin — « posséder » l'adulte, capter de lui son attention apitoyée, à défaut de son estime admirative. *Ce sont des réactions masochiques, pour lesquelles malheureusement on consulte le médecin et non le psychotérapeute.* Ce sont, pourtant des symptômes névrotiques régressifs.

Une telle mère ou un tel père, quand l'angoisse vient de lui, sont castrateurs et vont à l'encontre de leur rôle parental, qui est « d'élever » l'enfant. Ce sont eux qui *obligent* l'enfant à régresser au stade passif uréthral, anal ou oral — avec le comportement affectif concomitant de ces stades révolus.

L'interdiction systématique par la moquerie ou les « raisonnements » des rêveries enfantines de toute puissance peuvent jouer le même rôle castrateur que des menaces de mutilations sexuelles. Si l'enfant a besoin de s'imaginer puissant pour compenser son infériorité ce n'est pas en lui supprimant artificiellement cette compensation, ou son extériorisation qu'on l'aidera. C'est en lui permettant de conquérir dans la réalité de petits triomphes qu'on valorise. La crédulité affectée par les adultes quand ils s'amusent à collaborer activement à l'édification de ses fantasmes, ou qu'ils jouent sur le plan de la réalité les imaginations mythomaniaques de l'enfant sont tout

autant castratrices (« mariages » simulés lors du Complexe d'Œdipe) car l'enfant sera obligé de s'apercevoir un jour qu'on l'a trompé, qu'on se rie de lui. Il perdra la confiance qu'il avait dans les adultes et ne pourra même plus chercher à conquérir leur approbation qui s'est montrée sans valeur réelle. Le négativisme, bouderie, révoltes agressives, l'inhibition de l'aimance, l'arriération affective et mentale peuvent s'en suivre.

De même sur le plan de toutes les activités intellectuelles et sociales, le Complexe de Castration entrera en jeu, car effectivement, l'intérêt que l'enfant y porte découle de sa curiosité sexuelle et de son ambition à égaler son père, curiosité et ambition coupables tant que le Complexe d'Œdipe n'est pas liquidé.

Dans le domaine scolaire surtout, on verra des *inhibitions au travail*. Il deviendra incapable de fixer son attention. C'est l'*instabilité* de l'écolier si fréquente et source pour lui de tant de remontrances.

Le *calcul* particulièrement, lui paraîtra difficile, le calcul étant associé inconsciemment aux « rapports (ressemblance, différence) sexuels », (supériorité, égalité, infériorité) les problèmes quels qu'ils soient et l'*orthographe* associée à l'observation grâce à laquelle on « voit » clair. (Cf. dessin n° 2).

L'impossibilité de s'attacher à l'époque où ils l'intéressaient aux problèmes des relations parentales, de la naissance des enfants *au nom de sentiments de culpabilité*, aura entraîné avec le refoulement de la libido qui servait ces curiosités, une association inconsciente, *curiosité* = faute = punition = frustration d'amour de l'objet d'aimance = *angoisse*. Le Sur-moi qui se forme alors pour éviter le retour de l'angoisse déclenchera le mécanisme inconscient de défense, l'*inattention* insurmontable sans angoisse. Dans ces cas là, une instruction particulière *peut* — sans rien résoudre — aider néanmoins l'enfant à acquérir quelques connaissances scolaires car la situation normale, sociale de rivalité avec d'autres n'est pas là pour ajouter à son angoisse un élément associatif de plus.

Chez tous ces enfants, on trouvera un *puérilisme* marqué,

une persistance de comportement affectif (agressif ou calin) infantile, un manque d'indépendance ou au contraire, une indépendance d'instable ou d'agressif insoumis, c'est-à-dire une indépendance qui ne les libère pas et ne leur permet pas de s'attacher à de nouveaux objets d'intérêts affectifs hors de la famille ou à des activités pragmatiques. Chez tous ces enfants, la masturbation, est une « préoccupation », soit qu'ils se cachent pour la pratiquer, soit qu'ils résistent à la « tentation ». *Leur érotisme fixé sur eux-mêmes, leur affectivité bloquée dans des confits à l'intérieur de la famille, signent la névrose.*

L'infériorité vraie de l'enfant s'accroît, car elle n'est plus seulement celle de tous les enfants vis-à-vis des grandes personnes. Il est *moins fort, moins malin* que les garçons de son âge et il réagit en les jalouxant, ou les fuyant, ou les deux à la fois. Il extériorise ce sentiment selon la seule attitude agressive qui lui reste permise, celle où le risque est le moindre, il devient *sournois* (« rapporte », calomnie); s'il les admire encore et désire les imiter dans son for intérieur, il devient *hâbleur et mythomane* « type de Marius ». Il se fait méfiant pour rétablir l'équilibre de l'ambivalence inconsciente.

Le garçon aura peur des autres, il ne pourra rivaliser avec eux. Et pour peu que la masturbation lui ait été fortement interdite au nom d'un danger, il présentera des phobies et des terreurs nocturnes en contre-partie de son agressivité refoulée et projetée sur d'autres.

S'il arrive à renoncer complètement à la libido de son sexe, il *fuit les enfants de son âge*, va avec de plus jeunes, avec lesquels il se comporte en brutal ou en passif, selon que sa mère le « gâte » ou non, c'est-à-dire lui permet ou non la régression névrotique. Et jouant son ambition phallique sur le plan magique sadique anal, il « chipe » de l'argent, des objets qui lui paraissent précieux. Pris sur le fait, il nie « effrontément ». Son « *sens social* » en est indélébilement marqué.

Si sur le plan sadique régressif captativo-musculaire, il n'est pas encore en accord avec les grandes personnes, il sera obligé après une période d'indiscipline révoltée plus ou moins longue,

à fuir toute société, et à préférer rester dans la solitude de ses rêveries autistiques selon le mode de pensée oral-onirique.

Obligatoirement alors, l'angoisse secondaire de Castration entrera associativement en jeu, chaque fois que l'enfant essaiera de réussir quelque chose dans le domaine des activités tentantes viriles, mais défendues précisément comme telles. Surtout s'il aime sa mère castratrice, *le garçon échouera*, se blessera par exemple, ce qui équivaldra symboliquement à prouver à sa mère qu'il est déjà châtré et que point n'est besoin de le punir, comme on l'a fait aux filles. En fait, ses échecs accompagnés de plaies et bosses, quand le garçon vient s'en plaindre au lieu de les supporter en silence, joueront bien le rôle qu'ils étaient destinés à jouer inconsciemment : *punir l'enfant, en augmentant ses sentiments d'infériorité*. L'adulte aimé l'humiliera, se moquera de lui : « Je te l'avais bien dit, tu n'avais qu'à ne pas désobéir, — ce qui équivaut à un retrait d'amour — ou bien le plaindra outre mesure, le soignera, le dorlotera. Il se servira de cet échec pour faire entrevoir à l'enfant des risques encore plus grands pour l'avenir s'il réitère ses expériences sportives ou batailleuses, alors que la passivité et l'obéissance immobile lui gagneraient l'amour de maman.

4. — LA SEXUALITE DE LA FILLE, COMPAREE A CELLE DU GARÇON

AU COURS DE LEUR DÉVELOPPEMENT LIBIDINAL SEMBLABLE LORS
DES STADES PRÉCÉDANT LE STADE PHALLIQUE.

Nous avons décrit le développement de la sexualité chez la fille parallèlement à celui du garçon jusqu'au stade phallique. On est autorisé à cette description simultanée parce que, pour les enfants, quel que soit leur sexe, le fonctionnement intrinsèque, la recherche de l'hédonisme dans les relations libidinales avec la mère, (ce qui représente électivement pour eux, le monde extérieur affectif) et les relations libidinales avec le

monde extérieur inanimé est la même. Tant que les gonades ne sont pas arrivées à maturité, l'hédonisme libidinal trouve en lui-même sa fin.

C'est l'*égotisme foncier* qui détermine le comportement, celui-ci représentant les moyens que le psychisme estime les plus économiques, pour aboutir pratiquement à l'assouvissement des pulsions.

On peut dire qu'au stade oral et au stade anal, le Moi est « neutre »¹ car n'étant pas encore capable d'objectivité, l'enfant projette sur le monde extérieur ses propres émois, ses propres pulsions, sa propre manière de penser et d'être. L'adulte est conçu comme génitalement indifférencié, parce que l'enfant ne connaît pas encore les caractéristiques morphologiques des sexes. Le monde extérieur n'est pas ce qu'il est, mais ce que l'enfant éprouve intimement à l'occasion du contact avec ce monde extérieur et selon que celui-ci se conforme ou non à ce que l'enfant en attend selon l'optique qui régit son monde intérieur.

AU STADE ORAL, les moyens physiques du nourrisson ne lui permettent que d'enregistrer passivement tout ce qui vient de l'adulte pendant les moments où il participe de sa personne. Il a à sa disposition pour cela des possibilités sensorielles de ses 5 sens. La coordination musculaire est absente, sauf en ce qui concerne les muscles de la vie végétative, et les muscles (plus tard sous la dépendance de la volonté) qui président à l'absorption de l'air, de la nourriture. les pulsions agressives du nourrisson se traduiront d'abord par l'intermédiaire de ces muscles du diaphragme et du carrefour aéro-buccal, dont le synchronisme est interrompu lors des pulsions agressives ou passives au service de l'état de tension ou de repos de la libido.

On peut dire qu'au stade oral, l'hédonisme se résume dans le plaisir « d'être » et « d'avoir ». La libido est au service de l'absorption et elle est déjà en relation de réception sensorielle avec le monde extérieur fixe et le monde extérieur mobile, tous deux indifférenciés pour l'enfant de son monde intérieur.

Au stade musculo-excrémentiel, l'enfant qui subit la frus-

(1) Par ce terme de neutre il faut entendre « ambisexué » ou mieux « totusexué ».

tration définitive de ce qu'il « avait » à rythme régulier, la tétée, qui le faisait participer de la personne de l'adulte, se sent distinct du monde extérieur à cause du sevrage et des éloignements momentanés de sa mère qui le laisse « seul » ; l'enfant utilise les moyens qui sont à sa disposition : « Faire » ou « ne pas faire », dans le seul but « d'avoir » la présence de cette présence aimée. Des relations entre l'aimance égo-possessive, vis-à-vis de la mère et les moyens les plus adéquats et les plus économiques pour la satisfaire découle tout le comportement contemporain et les acquisitions du Moi de l'enfant. La frustration excrémentielle est acceptée si la mère en fait la condition de ses bons rapports avec l'enfant, et la souffrance qui résulte de l'ajournement des pulsions agressives sphinctériennes peut être surmontée parce que l'enfant peut déplacer sur l'autres objets l'aimance primitivement dirigée sur les fèces et l'urine : ce qui sort de lui, ce qui « est à lui ». En échange de ces privations subies comme des frustrations de sa propre personne investie de libido auto-érotique d'où le terme de castration orale, castration anale), il devient *avide de tout sur le mode musculaire et affectif*. C'est le stade accapareur anal — qui est suivi du stade ambitieux (accaparement différé pour un résultat meilleur).

La libido servie par des pulsions agressives et passives investit les muscles dont le synchronisme a pu devenir organiquement parfait (grâce à la coordination des agonistes et des antagonistes). *Les traductions de l'aimance seront ambivalentes*. L'enfant bat et embrasse. Son plaisir est aussi d'être embrassé et battu (à condition que la souffrance physique ne s'ensuive pas).

Et si les pulsions agressives de l'enfant sont violemment contrecarrées, alors qu'il n'a pas assez de moyens culturels et ludiques à sa disposition qui soient valorisés par les adultes, l'enfant *peut devenir exclusivement masochiste*. Il peut le devenir encore si ses pulsions passives restent inassouplies quant au but qu'elles visent : capter l'attention et les caresses de l'adulte, au lieu de sa seule présence indifférente qui est pour l'enfant une « absence » affective. Le masochisme est une attitude sensuelle ou morale qui consiste à rechercher la souffrance, *parce*

que c'est elle qui est associée dans l'enfance à la personne de l'adulte aimé. Souffrance physique = plaisir affectif.

Le masochisme a pour conséquence d'appauvrir le courant libidinal par des fixations inconscientes aux stades musculo-excrémentiels ambivalents. La libido devrait normalement s'en détacher pour être mise au service d'une aimance égo-possessive colorée d'ambition en même temps que l'érogénéité organique évolue vers la zone phallo urétrale qui prépare l'érogénéité génitale. C'est économiquement la raison pour laquelle la fille revient plus aisément au masochisme par refoulement libidinal ultérieur au moment du Complexe de Castration.

Au stade phallique urétral, le but hédonique est « d'avoir » la mère, sa présence, son affection extemporanée, et sert ainsi le mécanisme d'identification. L'enfant fille ou garçon brigue tout ce qui caractérise l'adulte (encore à ses yeux indifférencié sexuellement), la toute-puissance, la toute possession, et gagner toute l'admiration des adultes en ce faisant, car être admiré par les adultes, c'est le comble du bonheur pour celui qui s'est identifié à eux.

La fille, au cours de cette première enfance, dès le stade oral dans sa période active, se fait remarquer par la moindre quantité de pulsions agressives par rapport aux pulsions passives. Je ne crois pas que la fille soit moins douée d'activité pulsionnelle que le garçon, mais nous jugeons extérieurement de l'activité par la traduction que le comportement nous en donne, et dans ce cas, il est certain que le garçon est plus « manifestement » actif que la fille, parce que ses pulsions s'extériorisent davantage sont épuisées moins rapidement que celles de la fille, dans le cas où elles n'aboutissent pas aussitôt au but hédonique que la tension libidinale nécessite d'atteindre. Pour ce qui est du comportement extérieur, cela se traduit par le fait que la fille se décourage plus vite dans la lutte active, mais cela ne veut pas dire qu'elle abandonne la lutte passive. Que les pulsions passives prédominent, lors de l'aimance ambivalente normale, ou que les pulsions actives soient moins douées d'agressivité, le résultat chez la fille est que **son comportement pratique**

et affectif est, à énergie libidinale correspondante, spécifiquement, plus statique que celui du garçon.

Nous avons fait un tableau récapitulatif des stades du développement de la fille et du garçon, les termes employés n'y sont pas rigoureusement classiques, mais ils nous ont paru commodes et clairs. On voit qu'au stade sadique anal, qualifié d'accapareur, le garçon se sert de son agressivité musculaire pour *prendre*, la fille s'en sert pour *capter*. (Un seul exemple : le geste naturel pour lancer une balle est la pronation pour le garçon, la supination chez la fille).

Au stade phallique caractérisé par l'ambition, le garçon *part à la poursuite* de ce qu'il brigue, la fille *attend ardemment* ce qu'elle désire et chacun des deux met dans cette attitude toute la libido agressive dont il dispose. Dans les mêmes activités et les comportements apparemment semblables, même à l'époque « neutre » si l'on veut de leur sexualité, la fille se différencie nettement du garçon. La manière même dont les enfants par exemple, se comportent au guignol est caractéristique de cette différence. On sait que guignol va recevoir des coups, les garçons s'agitent, s'impatientent, crient, trépignent, les filles guettent, s'immobilisent, ne lâchent pas guignol des yeux, elles sont prêtes à dire un mot pour le prévenir, mais elles ne risquent pas de perdre de vue un seul coup de bâton. Plus tard, dans les jeux actifs, le sable par exemple, la fille joue à faire des pâtés nombreux ou des moulages de toutes les sortes, et à les orner de coquillages, elle les quitte sans les démolir. Le garçon aime à faire des trous profonds, des montagnes, qu'il démolit ensuite avec joie.

A l'âge des jeux sociaux, les filles jouent à la marelle (suivant pas à pas leur caillou et le reprenant), jonglent avec des balles, alors que les garçons jouent à lancer des cailloux au loin, à se courir après les uns les autres, dans les jeux de balle où les règles comportent toujours un simulacre de chasse ou de pugilat.

Cette prédominance en libido passive et en pulsions agressives attractives, qui caractérise l'attitude positive du Moi de la fille a son corollaire dans la manière par lequel elle se montre négative. Il y a toujours chez le garçon une fuite en avant,

ou une résistance agressive, tandis que chez la fille, à moins qu'elle ne soit névrosée, il y a un refus d'avancer, une résistance passive. Dans les fantasmes des femmes, on retrouve les mêmes caractéristiques : elles se « voient » riches, actrices célèbres, etc.; les garçons s'imaginent « commencer » en bas de l'échelle sociale et par des exploits « devenir » puissants, triomphant de tous leurs rivaux qui leur quémandent des faveurs.

5. — LA FILLE

Lutte contre l'angoisse de Castration.

Ecueils.

Lutte contre l'angoisse de Castration.

Au stade phallique, la fille découvre qu'il y a des enfants munis d'un « *machin* » qu'elle n'a pas. C'est vers 3 ans $\frac{1}{2}$, le garçon ne s'en doute pas encore; à moins qu'il n'ait vu des hommes s'exhiber, il n'a point notion d'une infériorité morphologique locale. Comme lui, elle commence par nier le fait. Elle en est jalouse, mais elle reste convaincue que *ça poussera*. La plupart du temps, surtout s'il y a un frère à la maison (plus âgé ou plus jeune), la fille essaie de « voir » ce fameux « machin » de jouer avec celui d'un petit frère. Car voir et jouer avec, c'est déjà un peu « avoir » pour une libido à prédominance passive.

Elle se sent défavorisée, et comme le garçon, elle prête le le fait de la mutilation sexuelle à la mère. L'envie d'un pénis devient le thème de ses fantasmes masturbatoires phalliques, et selon le mode d'ambition qui la caractérise, elle « attend » avec un espoir ardent que cela pousse.

Il est rare que la fillette ne passe par une période d'exhibitionnisme, elle soulève ses jupes et elle veut se montrer nue, pour que tous l'admirent. Comme si le fait d'être admirée lui permettait de s'identifier à ceux qui la regardent. S'ils regardent sans s'étonner, c'est qu'il y a quelque chose à « voir »,

le sexe d'un garçon. Si la fille exhibe « rien », c'est sa manière de « nier qu'elle n'a rien ».

Une fillette de 3 ans, normale, déculotait une poupée que je venais de lui donner, puis dit d'un air moitié moqueur, moitié méprisant, et en me regardant comme pour me prendre à témoin de ce ridicule : « Elle n'a pas de bouton », « elle est pas contente ». Puis, tout en la rhabillant, elle décréta quelques instants après, sèchement : « elle est méchante », elle laissa la poupée dans un coin et me quitta immédiatement.

Cette petite scène est typique de la *réaction normale du Moi de la fille à l'angoisse primaire de Castration phallique*.

Elle commence par essayer de nier l'infériorité, en valorisant « le bouton », elle déculotte aussitôt, avant même de la regarder, la poupée cadeau de la femme-mère. Elle est dépitée et vexée, projette ces sentiments sur la poupée et le dit bien haut en regardant l'adulte, puis dédaigneuse, se désintéresse du cadeau qui réveille le premier facteur d'angoisse de Castration, absence de phallus, comme je ne dis mot, elle se désintéresse alors de ce cadeau de femme et elle a soin d'en laisser voir clairement la cause. « Elle est méchante », signifie que la poupée est comme les garçons à ce moment-là pour elle ». « Ils sont pas malins, les garçons, ils sont méchants, ils sont pas intéressants », et aussi sans doute ce « elle est méchante », à des résonnances plus profondes; les sentiments de culpabilité qui accompagnent toujours pour la fille le premier facteur de l'angoisse primaire de Castration phallique.

En se désintéressant du cadeau venant d'une femme, c'est encore montrer que la mère est méchante en lui donnant une poupée qui a subi le même sort qu'elle-même et pire encore.

*C'est à dessein que nous disons **Castration phallique**, car chez la fille, le **Complexe de Castration**, à notre avis, comprend deux phases distinctes, la première phallique, la seconde vaginale.* Celle-ci seulement s'est montrée intriquée au drame de la rivalité complexuelle avec la mère dans les cas cliniques que nous avons observés.

C'est à notre avis une erreur de voir le Complexe de Castration chez la fille, tel qu'il est intriqué au Complexe d'Œdipe.

entièrement parallèle, mais inverse à ce qu'il est chez le garçon. La Castration phallique n'est pas chez la fille comme elle l'est chez le garçon une menace, mais un fait. Ce fait s'ajoute pour la fille à la série des frustrations sexuelles précédentes, et surtout à la frustration excrémentielle.

Et comme une défaveur selon le mode éducatif des frustrations (gourmandise, cadeaux, tendresse) employées jusqu'à maintenant, est la suite naturellement associée d'un mécontentement de l'adulte, la fille se sent coupable. Il n'y a pas d'enfants qui n'aient quelque chose à se reprocher, surtout dans l'ordre des pulsions agressives pas encore bien disciplinées ou dans l'ordre de la masturbation, s'il leur en a été fait grief. Ces sentiments de culpabilité la rendent plus attentive à se faire pardonner, à augmenter sa passivité, sa timidité, et même peuvent aboutir parfois à cultiver chez la fille le masochisme qui s'était amorcé au stade anal. (Cendrillon va se priver de joies pour être comblée plus encore par sa marraine la bonne fée. Elle reste passivement à la maison, y revient obéissante à l'heure dite et le prince viendra la chercher pour lui rendre ce qu'elle avait perdu, le soulier de vair, évidemment tout petit, mais combien attrayant pour un prince puisque ce prince aime les toutes petites extrémités (pied, pénis, cf. propos de G.).

L'angoisse primaire de Castration phallique dépend des 3 facteurs dont nous avons parlé, et est réveillée secondairement chaque fois qu'entre en résonance un de ces facteurs.

Rappelons qu'il y a : 1° *l'aperceance d'une infériorité morphologique, par rapport à un être auquel on s'est identifié.* 2° *une croyance à la puissance magique des adultes.* 3° *une infériorité vraie à l'égard des adultes.*

Les 2 derniers facteurs sont pour la fille, analogues à ce qu'ils sont pour le garçon. Et elle luttera contre eux de la même manière en tendant à s'identifier le plus possible aux adultes et à sa mère tout naturellement, et investit sa mère d'une recrudescente de libido passive, afin de capter sa tendresse. Elle utilise une grande partie de libido agressive sublimée à la conquête des connaissances des grandes personnes. C'est peut-être la raison pour laquelle les filles parlent mieux et ont, plus tôt que les garçons, un vocabulaire plus riche. Elle

a en même temps cherché avec ses poupées (petites et nombreuses) à s'identifier (sur le mode captatif anal) le plus possible à sa mère.

Alors même qu'il n'y a pas « régression » libidinale anale, et réinvestissement des positions anciennes, la fille réagit à la frustration phallique par des mécanismes « analogues » à ceux qu'elle avait employés pour acheter la captation de la tendresse des adultes.

L'attirance manifeste des filles pour leur père a commencé à jouer, mais elle n'a encore rien de complexe, ni d'œdipien et si le père ne s'occupe pas de ses enfants, la fille l'observe, plus attentivement qu'elle n'observe sa mère, ne le considère plus en rival, s'il est présent entre elles deux; mais en son absence, elle reste attachée à sa mère, associée qu'est encore celle-ci à toutes ses satisfactions narcissiques. Si l'homme lui paraît attirant, comme on peut le remarquer chez les filles depuis les premiers mois de la vie, surtout quand le père aime à la prendre dans ses bras, la mère n'est pas encore détrônée, car, avec certitude, elle lui octroie les prérogatives phalliques génitales. La force et la supériorité des mamans par rapport aux petits garçons semble bien lui prouver (selon le mode de penser par comparaison) que la mère a « plus », en tout, que le garçon, même si elle a « moins » que le papa (Cf. les propos de G., le conte classique de Flocon d'Or dans la maison des ours).

Malheureusement, quelle que patiente soit l'attente, quel que propitiatoire passif, ou agressif avec exigence, soit le comportement de la fille, la mère-fée n'a pas pitié et n'apporte pas le cadeau demandé. Et qui plus est, la fille découvre qu'elle doit y renoncer pour toujours, les filles n'en auront jamais, sa mère non plus n'en a jamais eu.

C'est alors que la fille va liquider ou non son angoisse de Castration phallique.

La réalité venant contredire les fantasmes masturbatoires clitoridiens, l'excitation clitoridienne n'apporte plus que déceptions : le rappel d'une infériorité sans espoir; et la masturbation clitoridienne est abandonnée. Mais nous le savons,

l'Inconscient ne renonce jamais. La libido non satisfaite doit trouver une autre issue.

Le désinvestissement de la zone érogène phallique ne peut se faire chez la fille sans compensation. En effet, l'abandon de de la masturbation clitoridienne, s'accompagne d'une diffusion sur le visage et sur le corps entier de l'intérêt autrefois apporté au clitoris. Alors apparaît très marqué chez la fille, l'amour de la parure, des coiffures, des rubans, des couronnes, des fleurs dans les cheveux, des bijoux dont on se pare pour compenser inconsciemment le phallus abandonné consciemment. C'est d'abord pour « se plaire » à elle-même que la fillette se pare, et c'est bien souvent du point de vue objectif assez peu esthétique, mais elle se trouve belle et se regarde dans le miroir avec admiration.

Ce désir de plaire qui lui apporte des satisfactions d'amour-propre et lui permet de renoncer aux prérogatives phalliques, la réconcilie en même temps avec le sexe masculin. Elle renonce à trouver les garçons « méchants » parce qu'elle avait envie de les châtrer ou de les faire châtrer par sa mère (en « rapportant ») elle reprend confiance en elle et peut alors se dire que les garçons et les papas la feront profiter de leur force. Elle essaie alors de les conquérir et c'est le début de la situation œdipienne sans rien de conflictuel encore. *C'est par envie du pénis que la fille va vers les hommes* et pour capter l'admiration de ceux qu'elle estime supérieurs à sa mère¹. Sa mère a perdu de son prestige depuis qu'elle la sait châtrée comme elle. Elle n'est plus terrorisante, mais seulement plus grande, elle est « une dame », mais la culpabilité intense qu'elle pouvait réveiller dans l'enfant par ses reproches ou ses punitions, a perdu son caractère douloureux et angoissant.

Il est de toute importance que la fille fasse « son deuil » de ses fantasmes masturbatoires clitoridiens, de l'ambition phallique qu'ils cachent, et qu'elle admette définitivement sans

(1) A condition que le couple parental ne soit pas névrotiquement inversé : Père faible, anihilé à la maison par sa femme. Dans ce cas, la sexualité masculine (qui n'est pas qu'une question de morphologie génitale pour l'enfant mais une question de supériorité *agressive* dans le comportement) restera attribuée à sa mère, alors même qu'elle connaîtra plus tard l'anatomie objective.

amertume de n'avoir pas été un garçon. Sinon, elle refoulera au nom des interdits de son Sur-moi la sexualité phallique, mais restera affectivement pour toujours un être à sensibilité douloureuse, susceptible, prête à souffrir de sentiments de culpabilité et de sentiments cuisants d'infériorité joints à une ambivalence dans l'affectivité qui ne lui permettra jamais un moment de détente apaisée.

La libido dont le courant énergétique ne tarit pas, sera obligée de régresser et de réinvestir des positions érogènes et affectives antérieures, avec des troubles du caractère, des symptômes pervers ou névrotiques, selon qu'il y aura refoulement ou non de la sexualité.

Au contraire, dans les cas où *la zone vaginale érogène devient le centre des émois libidinaux de la fillette*, accompagnés qu'ils sont des fantasmes œdipiens, on assiste à un développement affectif et culturel épanoui.

La fillette continue de plus belle à tenter l'identification à sa mère, puisque plus rien d'irréversible, « d'infamant », ne la défavorise physiquement par rapport à elle, sinon son âge. *L'identification par ambition* qui n'est plus colorée de fantasmes phalliques, mais de fantasmes d'ambition féminine devient source de joie et non plus de culpabilité. Si la mère est féminine, elle autorisera l'enfant à l'acquisition de toutes les activités qui en feront peu à peu son égale : couture, ménage, musique, danse, chansons, dessin, acquisitions ludiques scolaires, acquisitions sociales de bonne éducation non par brimade, mais pour donner plus de confiance en elle à la petite fille, naturellement timide et toute prête encore, devant un échec, à sentir se réveiller les émois angoissants de la frustration phallique.

Ainsi sublimées, les pulsions agressives de la fille seront toutes utilisées et ses pulsions passives au service de l'affectivité serviront son désir de plaire et de séduire les adultes forts qui pourront la protéger, et surtout les hommes et les grands garçons, ceux qui ont la puissance que les femmes n'ont pas.

Son moyen pour séduire est de flatter son père (selon le mécanisme de projection, elle flatte pour qu'on la flatte). Elle

lutte ainsi contre sa mère et contre les garçons. « Papa est bien plus fort qu'eux et papa me préfère, c'est donc que je suis mieux.

De plus, la fillette qui appelle spontanément son clitoris son bouton (comme beaucoup de fillettes le nomment) qui s'est aperçue des sensations voluptueuses que son excitation lui apportait, a découvert aussi par envie des seins de sa mère, l'excitation des corpuscules érectiles du mamelon, autres « boutons ». J'ai été témoin bien des fois, en consultations de pédiatrie, de la fréquence de la masturbation du mamelon, tandis que « le Docteur » ausculte les filles. Quand la masturbation génitale n'a pas été interdite, au nom de la honte et de la saleté, elle déplace certainement l'envie du pénis sur l'envie d'avoir « des gros ventres comme maman » (voir Tote) — pour se plaire à elles-mêmes en étant semblables aux dames, plaire aux papas, et nourrir leurs poupées. Il nous est permis de penser que la masturbation mammaire à elle seule peut éveiller une correspondance vaginale qui entraîne la fillette à la découverte du « petit trou dans le cabinet » (voir cas de Denise et dessin n° 7).

Le fait de désinvestir libidinalement la mère n'est pas encore accompagné d'agressivité, car il n'y a pas conflit, la fillette est moins sensibilisée à ce que dit et fait sa mère. qu'à tout ce qui vient de son père, et si la mère n'en montre pas de jalousie réelle, la tendresse, l'admiration profonde et la confiance totale de la fille pour son père, ne nuiront pas encore à la docilité correcte et une affection assez « platonique » qui sont les caractéristiques normales du comportement de la fille de 5 à 6 ans vis-à-vis de sa mère.

Les fantasmes ludiques féminins « vaginaux » centrent le jeu avec les poupées. A trois ans, la fille préférerait les poupées petites, nombreuses, vieilles, déchirées. A 5 ans, elle aime n'avoir qu'une ou deux poupées, souvent autant de poupées qu'il y a d'enfants dans la famille. Elle fait avec elles tout ce que fait sa mère pour elle-même, et prête à ses poupées les mêmes réactions que les siennes inconscientes. En projetant ainsi ses sentiments de culpabilité sur une autre qu'elle gronde ou punit parfois très sadiquement, elle se débarrasse des pul-

sions agressives que son Moi ne peut tolérer. *Elle commence ainsi à construire son Sur-moi qui « parle » comme la mère, mais dont la sévérité n'est que le reflet de l'agressivité inférieure de l'enfant...*

Dans le symbolisme des fantasmes masturbatoires vaginaux, il n'est plus question de voleurs, de doigts coupés, (voir dessin) mais de bague au doigt, une bague avec un diamant lançant mille feux comme le soleil (symbolisme paternel), et c'est un prince qui la lui donne, parce qu'il lui trouve toutes les qualités d'une princesse, c'est-à-dire d'une « femme » susceptible de devenir *reine*.

En même temps, la fillette devient de plus en plus coquette avec son père, ou avec un de ses oncles substitut du père, et déclare ouvertement qu'il sera son mari, qu'ils auront des enfants. Malheureusement, la réalité encore est là. La mère n'est pas une mauvaise fée que le prince va confondre, c'est la femme de papa, et la fillette est manifestement inférieure à elle. Le Complexe d'Œdipe est moins dramatique chez la fille que chez le garçon, car si l'hostilité vis-à-vis de la mère est grande, elle est plus sourde. Il y a bien des fantasmes, où elle « tue » sa mère, ou elle « l'écrase », il y a bien des conflits familiaux au cours desquels, elle se montre impertinente avec sa mère, et tente de la mettre dans son tort pour la supplanter ouvertement dans l'affection de son père, mais elle s'aperçoit que son père l'en blâme. Et, moins despote que le garçon, à ce stade de rivalité œdipienne, la fille n'est pas douée naturellement d'une agressivité entreprenante prolongée. Elle renonce à la rivalité œdipienne sans qu'on puisse réellement dire qu'elle liquide son Complexe d'Œdipe avant la période de latence, car elle peut fort bien rester en bonne intelligence avec sa mère tout en valorisant son père, un peu comme une amoureuse, qui *attend* ardemment, en se préparant pour l'accueillir, la venue de celui qu'elle aime. Celui-ci étant le maître dont son bonheur dépend, est libre de venir vite ou non, selon son bon plaisir, pourvu qu'elle puisse vivre de cet espoir. La jeune amoureuse organise sa vie autour de l'absent, qui de ce fait lui devient présent.

La fillette, en découvrant le mystère de la naissance, s'in-

quiète de la souffrance que cela doit apporter et a peur, c'est *l'angoisse de Castration vaginale*. Ceci peut être une occasion de régression, mais plus souvent, la situation affective reste celle d'un Complexe d'Œdipe prolongé, dans l'ambiance duquel les acquisitions culturelles de la phase de latence se font normalement.

Aussi quand le père n'est pas névrosé, il est naturellement tendre avec sa fille et cela suffit au bonheur de celle-ci au moins jusqu'à la puberté et à faciliter ses bons rapports sociaux avec les garçons ses contemporains. C'est à ce moment là seulement que des conflits œdipiens un peu plus marqués s'annoncent — et même alors — si le père stimule sa fille à se créer des amitiés parmi les garçons et qu'il n'en soit pas jaloux, la fille passera insensiblement de son père à son substitut, aimentiel, le jeune homme, liquidera alors son Complexe d'Œdipe, sans jamais pour cela souffrir d'une grande angoisse, car, protégée par son père, la fille *ne craint* plus de négliger les entraves que sa mère pourrait mettre sur le chemin de sa vie sexuelle génitale.

Si la mère n'est pas névrosée, et laisse sa fille s'émanciper normalement, c'est ainsi généralement que les choses se passent. Si la mère au contraire sape la confiance en elle que la fille a besoin d'avoir, l'empêche par exemple de s'habiller à son idée, de choisir les distractions, les occupations culturelles qui s'accordent avec le milieu social de la famille tout en s'accordant avec le sexe de sa fille; si elle lui fait entrevoir la vie maternelle comme une suite de douleurs (et ce n'est pas si rare), l'amour comme un piège, la vie conjugale comme une suite d'obligations sans joies compensatrices, les sentiments de culpabilité inconscients à l'égard de sa mère amène la fillette à présenter une **angoisse de Castration vaginale** pathologique. Cela se traduira par des fantasmes terrorisants : une bête va la dévorer, un couteau va lui entrer dans le corps, son ventre va être perforé ou va éclater. Une *régression* libidinale peut s'opérer, mais la fille peut encore *lutter contre cette angoisse de castration vaginale*, essentiellement féminine par le renoncement à son narcissisme féminin normal ou par la projection de son agressivité contre sa mère sur « la fatalité », par la

certitude *d'être laide* de n'avoir pas *la possibilité* de rivaliser avec les femmes — ce à quoi pourtant si elle n'est pas masochique, elle ne veut pas renoncer consciemment. Dans les rêves, de telles situations peuvent être symbolisées par l'absence et la chute des dents (la fillette est désarmée devant la mère).

La fillette attendra d'être courtisée pour reprendre son développement là où il était resté dans les cas les plus favorables, ceux où il n'y a pas eu une régression trop forte, mais seulement une répression extérieure supportée patiemment sans abandonner la résistance passive.

La période de latence amène un retrait libidinal qui apaise les préoccupations sexuelles érotiques de la fillette et le Sur-moi est alors génital, c'est-à-dire qu'il autorise le libre jeu de l'agressivité et de la passivité sans angoisse et sans honte. La sexualité n'est pas considérée comme une horreur, mais comme un mystère réservé à la jeune fille qu'elle se prépare à être avec l'aisance et le naturel enjoué d'un être non névrosé.

Quand, à la puberté, elle apprendra par ses règles et par la croissance de ses seins, qu'elle est devenue femme, la rivalité avec la mère ne se montrera que pour conquérir sa liberté de goûts, de vêtements, de sublimations culturelles, qui bien souvent, se centreront autour des enfants, et *l'enfantement, conséquence de « l'amour »* ne lui fera plus peur, au contraire.

La prédominance passive de la libido féminine ne permettra pas à la fille de se lancer seule dans la vie sociale. Elle ne peut que se préparer à plaire en utilisant sa libido agressive à imiter toutes les femmes qu'elle voit plaire aux hommes, à mettre en valeur ses qualités de séduction et attendre celui qui viendra et que dans ses fantasmes romanesques, elle voit prendre les traits de tel ou tel qu'elle admire tacitement et ardemment. Cependant, quand il se présentera, elle redoutera de le suivre et se fera mériter et conquérir. Si le garçon est lui-même normal, ils apprendront ensemble le plaisir réciproque de s'épanouir l'un l'autre, ce sera la période du flirt qui préparera le stade de l'amour génital oblatif.

S'il y a carence en affection paternelle et carence en présences masculines, la fille peut sublimer son affectivité sans écho dans un mysticisme actif ou contemplatif, ou rester ainsi

perpétuellement dans l'attente, et incapable de modifier les événements extérieurs si un homme, substitut du père ne vient à son secours pour éveiller la belle au bois dormant.

A l'aube du stade oblatif encore, la façon dont l'homme saura lui donner confiance en elle, la posséder sans la brutaliser, achèvera d'investir la zone vaginale par la connaissance de l'orgasme qui l'attachera sensuellement à celui qui le lui aura fait connaître, et affectivement à celui qui lui aura donné un enfant. Elle sera capable intérieurement alors de se détacher inconsciemment de sa mère dont elle sera devenue l'égale; cependant, alors même qu'elle est parvenue à l'objectivité la plus parfaite dont elle soit capable au stade génital, la fille reste toujours attachée à son père avec une tendresse particulière, et ses activités, quelles qu'elles soient, sont *subordonnées* à l'approbation et aux encouragements qu'elle en reçoit de l'homme qu'elle aime.

Le garçon, au contraire, quand il est jeune, peut, sans aller à l'encontre de son développement libidinal normal, s'orienter dans une voie sociale que sa mère n'approuve pas et supporter la souffrance qu'est pour lui sa désapprobation. A l'âge adulte, il peut mener une vie sexuelle totalement génitale et oblativ sans être approuvé par sa femme, dans le domaine strictement matériel de son métier.

L'œuvre de la femme, c'est essentiellement et uniquement une œuvre commune avec celui qu'elle aime, au stade génital oblatif. L'œuvre de l'homme, c'est celle-là, mais il lui reste encore assez de libido pour l'employer à des activités strictement personnelles, bien qu'elles lui servent aussi à se valoriser pour apporter plus *de* lui-même à l'œuvre commune.

Autrement dit, aux stades les plus achevés que nous connaissions, le mobile affectif de l'homme est « donner *de* lui » à l'œuvre commune du couple, et le mobile affectif de la femme, c'est « *se* donner » à cette œuvre.

B. — Ecueils du Complexe de Castration chez la Fille.

On voit donc que le Complexe de Castration chez la Fille s'intrique assez peu au Complexe d'Œdipe. Alors que chez le

Garçon, le Complexe d'Œdipe met en danger la libido de son sexe, chez la fille, au contraire, il l'épanouit, à moins — comme dans le cas de Monique — que le père exige de sa fille des qualités viriles névrotiques. Les vrais dangers du Complexe de Castration chez la fille *précèdent* le Complexe d'Œdipe et même l'empêchent de s'installer normalement.

Ces écueils se placent à l'époque dont nous avons parlé au moment de la liquidation nécessaire de l'angoisse de Castration phallique. Deux choses peuvent se produire : soit que l'infériorité phallique de la fille ne soit jamais acceptée par elle, qu'elle ne se réjouisse jamais d'être une fille et qu'elle regrette toujours de n'être pas un garçon; Soit que le mécanisme de défense (investissement narcissique du corps) qui suit la dévalorisation du pénis ne soit pas autorisé (par les adultes, — ou par une infériorité physique manifeste qui ne permet pas l'identification à la mère). Cette identification à la mère ou à une femme *normale* est indispensable à l'avènement de l'érogénité vaginale qui permettra seule l'amorce de la situation œdipienne. Celle-ci alors lèvera les barrières de la *frigidity vaginale de la femme, qui est dans tous les cas que j'ai vus, un non investissement vaginal, beaucoup plus qu'une impuissance par régression.*

Dans les cas où la zone érogène vaginale n'a jamais été investie de libido, ce qui arrive quand les mécanismes de défense du Moi contre l'angoisse primaire de Castration phallique ont échoué, outre la frigidity vaginale, on observe un comportement captateur qui peut *se diriger sur la mère* seule — ceci toujours avec un certain degré de masochisme inconscient organique ou moral — *sur les deux parents ou sur le père seul*, mais sans essai de rivalité avec la mère, au moyen d'armes féminines. Cette lutte se fait alors, avec des armes culturelles et intellectuelles qui sont, dans le milieu social de la fille l'apanage des garçons.

FREUD a donné le nom de COMPLEXE DE VIRILITÉ au syndrome névrotique qui en découle. *C'est une névrose de caractère.* Il y a toujours une grande susceptibilité, parfois cachée, une envie agressive pour ceux qui « ont plus » qu'elles, une attitude ambivalente affective vis-à-vis des deux sexes et un désintérêt conscient pour la sexualité génitale, qui se traduit

par une frigidity vaginale totale, et selon que le Moi est fort et doué d'une grande possibilité de sublimations, un désinvestissement masturbatoire clitoridien plus ou moins marqué. Le clitoris reste investi dans le cas où l'agressivité est interdite par le Sur-moi et qu'elle prédomine dans l'ambivalence inconsciente, à cause de l'utilisation des pulsions passives à la docilité vis-à-vis d'adultes sévères ou indifférents.

Premier écueil : le Complexe de Virilité.

Le Complexe de Virilité peut donner lieu selon la tolérance du Sur-moi pour la masturbation clitoridienne, et à la puberté, pour l'homosexualité manifeste, des tableaux cliniques différents.

Si le clitoris est demeuré investi de libido, son infériorité morphologique réelle est une occasion constante de souffrance inconsciente, de honte consciente pour la fille à être ce qu'elle est, à être « laide ». Elle peut réagir par la négation de l'angoisse, et « la fuite en avant » dans une lutte ambitieuse rivale avec les garçons dans les mêmes sports, les mêmes activités, les mêmes études qu'eux. C'est une régression libidinale ou une stagnation libidinale à ce stade, pendant la phase de latence, qui donne aux femmes le goût des carrières masculines, mais à la poussée pubertaire la libido doit régresser au stade antérieur ou se satisfaire dans des pratiques masturbatoires solitaires ou lesbiennes, de préférence, ce qui sauvera l'affectivité.

Si le Sur-moi suivant les interdictions parentales dans l'enfance, *n'autorise pas la masturbation*, on verra à la puberté ces fillettes devenir de plus en plus « honteuses », d'une timidité malade, phobiques, manquant de confiance en elles au point de ne pouvoir réussir dans aucune des activités dans lesquelles elles se sont montrées douées auparavant, car le moindre succès les rendrait — à cause des sentiments de culpabilité et les sentiments d'infériorité inhérents à l'angoisse de Castration phallique — d'une *intransigeance inhumaine à l'égard d'elles-mêmes*. A cette timidité extrême en public (ou à cette fanfaronnade extrême, ce qui est la même chose pour l'inconscient, la preuve d'une infériorité ressentie), fait suite dans

l'adolescence et l'âge adulte une incapacité à rivaliser avec les autres femmes. Le mécanisme de défense narcissique n'ayant pas eu le droit de jouer (puisque la masturbation phallique avait dû être abandonnée trop tôt dans l'enfance), leur Sur-moi leur interdit d'utiliser les possibilités de séduction féminine qui les feraient entrer inconsciemment en rivalité avec la mère toute puissante, magique, castratrice, adorée et abhorrée, dont leur Sur-moi est devenu l'écho amplifié. De plus, il y a régression aux zones érogènes archaïques, sur lesquelles se joue sur le mode symbolique le refus de la sexualité génitale (troubles gastro-intestinaux, indigestions, vomissements).

Bref, le Complexe de Castration phallique se joue sur le plan anal et oral par réinvestissement des zones érogènes anciennes. Chaque fois qu'il y a une nouvelle poussée libidinale instinctuelle, à toute sollicitation du monde extérieur (excitations prémenstruelles, rapports sexuels, mariage, enfant) sur le plan des activités organiques et affectives, au lieu d'investir la zone érogène vaginale, la femme réagit névrotiquement par un symptôme fonctionnel négatif au niveau des zones érogènes traduisant l'angoisse de la « frustration » anorexie-constipation-douleurs.

Les sentiments de frustration les plus proches de la frustration phallique chronologiquement et affectivement, ont leur origine dans l'éducation à la propreté anale et c'est probablement la raison pour laquelle l'inacceptation de leur sexe, inconsciemment ressenti par les femmes frigides, s'associe presque toujours à une constipation opiniâtre, seul symptôme pour lequel elles consultent les médecins. Ceux-ci s'étonnent de ce que leurs efforts thérapeutiques restent sans succès. Certains pourtant s'aperçoivent bien que leurs patientes « entretiennent leur constipation par des purgations intempestives ou la non-observation de leurs ordonnances. Un médecin « brûlé », elles vont en voir un autre, ou change constamment de remèdes. Cet *exhibitionnisme anal*, ce souci constant de leur fonctionnement intestinal leur est nécessaire. C'est un moyen grâce auquel elles se « masturbent » symboliquement la zone érogène anale et soustraient ainsi leur Moi aux intérêts libidinaux génitaux

si douloureux pour leur narcissisme. Elles subissent de force et dégoûtées les assauts de leur mari si elles sont mariées, n'ont d'amants que pour en tirer des avantages matériels — ou se passent délibérément des hommes en jouant de rivalité dans les mêmes carrières qu'eux. Apparemment ce sont des femmes « normales », inconsciemment ce sont des homosexuelles qui s'ignorent, fortement fixées à l'objet maternel contemporain de leur phase anale dont elles recherchent l'amour et dont elles ne peuvent supporter l'abandon. Si elles ont des enfants, elles sont des « mères » dites « exemplaires », cornéliennes, qui « sacrifient tout » (c'est-à-dire leur vie génitale, donc les hommes et le bonheur de ceux-ci) à ces enfants, comme elles sacrifient leur sexualité génitale à leur sexualité anale. Mais malheur à ceux qui s'attacheront à ces enfants, ou à eux-mêmes, si leur développement les détache d'elles, car c'est une nouvelle frustration « castration » qu'elles subiront dans la perte de leur amour possessif de ces enfants.

Chez ces femmes, leur fixation ambivalente homosexuelle à la mère, ne permet pas d'agressivité libre à l'égard de leur fille (représentant la mère), tant que celles-ci n'ont pas effectué leur développement sexuel. Au cas où leurs filles se dirigent vers les hommes, ces mères réagissent par la projection sur leurs filles de leurs propres sentiments agressifs, éprouvés à l'égard de leur mère lors de leur stade anal et de leurs sentiments de culpabilité contemporaine. Elles souffrent beaucoup moins de jalousie, comme certains le croient, que de *peine*, de *peur*. Si ces filles disparaissent de leur entourage, l'agressivité de la mère qui n'a plus d'objet se retourne contre elle-même sous forme de mélancolie, de sentiments d'abandon, pour neutraliser le besoin de punition inconsciemment solidaire d'une frustration libidinale.

Pour leurs garçons, elles sont plus libres de leur affectivité, et peuvent exprimer leur agressivité contre eux sans craindre qu'elle se retourne ensuite contre elles-mêmes. Elles aiment à les taquiner quand ils sont petits : les termes qu'elles emploient pour les gronder ou les injurier, sont généralement et même dans les milieux de bonne éducation, empruntés au vocabulaire sadique anal : porc, cochon, dégoutant, répugnant. Elles aiment à les menacer de dangers imaginaires, de l'ordre de la Castra-

tion : « tu seras malade » — « tu vas te tuer », pour n'importe quelle initiative que prend le jeune garçon. Au cas où il leur échappe, elles ont, au sentiment d'être frustrées la compensation de vouer officiellement aux femmes qu'ils ont suivies, une hostilité manifeste qui les préserve du retour sur elles-mêmes de la pulsion agressive comme cela se passe pour le cas des filles.

Tout ceci concerne les modalités du Complexe de Virilité, qui ont pour point de départ une stagnation affective de la fille à la fixation aux deux parents (inconsciemment considérés comme également phalliques, ou à la mère seulement).

Si la fille est fixée affectivement à son père seul, alors qu'elle n'a jamais investi libidinalement la zone érogène vaginale et qu'elle n'a pu lutter par le narcissisme secondaire à l'angoisse de Castration phallique, *le complexe de Virilité est extrêmement fort*, la fille présente une affectivité infantile ambivalente avec un caractère bon enfant et garçonnier; mais un violent Sur-moi castrateur phallique interdit chez elle les moindres tentatives d'identification à sa mère et de séduction féminine à l'égard du père (car pour l'Inconscient, cela représente l'acceptation de son sexe) et c'est avec une aimance égo-possessive qu'elle brigue le phallus pour elle-même, et tente alors de s'identifier aux garçons. C'est à la puberté l'attitude du Complexe d'Œdipe inversé et l'on voit alors la rivalité sexuelle se jouer affectivement exactement comme si la fille était un garçon qui vivait son Complexe d'Œdipe. Elle fuit les femmes, se rapproche des hommes pour tenter de s'identifier à eux, mais son agressivité inconsciente lui donne un comportement castrateur à leur égard qui les éloigne d'elle. Elle est vouée à la solitude.

Il semble que ceci n'arrive qu'en cas de fortes fixations prégénitales anales à une mère névrosée, virilisée elle-même et demande en outre que le père, lui-même inachevé sexuellement et incapable d'aimance génitale, favorise dans sa fille l'éclosion de qualités viriles. A moins d'infirmité physique objectivement pénible pour le narcissisme de la fille, une telle névrose de caractère est toujours en rapport avec une névrose familiale.

En tous cas, si des dispositions naturelles aux sublimations intellectuelles ou musculaires ont servi son Moi, elle peut arriver à une réussite sociale appréciable, mais elle souffre perpétuellement d'angoisse et de sentiments d'infériorité, découlant de l'angoisse de Castration phallique. Cela même dans le cas où il y a réussite culturelle et sexuelle (possession sado-masochiste d'une femme faible ou d'un homme inférieur à elle qu'elle entretient) peut-être même surtout dans ce cas, car la culpabilité inconsciente vis-à-vis des hommes qui résulte de son envie à jamais insatisfaite de les égaler réellement sur tous les plans, réveille constamment une angoisse à forme de jalousie morbide vis-à-vis de ses objets d'amour.

Je sais bien que dans ce cas, beaucoup de médecins et même les femmes intéressées, pensent qu'il y a un appoint organique hormonal. C'est possible, mais on a vu des traitements psychanalytiques de ces êtres hybrides affectivement, qui donnaient des résultats absolument remarquables. Il faut dire que *le Complexe de Virilité est peut-être un des mobiles les plus puissants pour la femme à commencer une psychanalyse*, car à ses yeux, il s'agit d'un nouveau moyen de puissance phallique (pénétration) pour lequel elle accepte courageusement ce qui lui semble une opération sadique et magique.

Si le Moi n'a pas de dispositions à de fortes compensations intellectuelles ou culturelles dans l'ordre de l'adresse manuelle ou musculaire, le complexe de Virilité prend un aspect moins apparent, et la fille, incapable de s'identifier aux garçons, présente des troubles du caractère de l'ordre de l'inhibition active ou affective, avec un retour de l'Inconscient au stade anal avec des pulsions passives au service de l'aimance captatrice et jalouse, et des pulsions agressives entièrement employées par le Sur-moi à sadiser le Moi masochique. Le comportement est toujours infantile, et les relations sociales sont un tissu de brouilles agressives, de réconciliations tendres, sans jamais rien d'objectif ni dans les griefs, ni dans les attirances, qui jouent de la même manière à l'égard des hommes qu'à celui des femmes.

On voit donc que si la fille ne liquide pas l'angoisse de

Castration phallique, si elle se voit « contrainte » à accepter ou plutôt à subir son sexe comme une brimade, cela laissera en elle affectivement une blessure toujours ouverte, que ravivera la moindre infériorité réelle dans la vie. L'angoisse de Castration phallique accompagnée des sentiments de culpabilité, se déclenchera inévitablement dans toutes les occasions où elle se sera montrée « naturelle », ce qui fera entrer en résonance les sentiments de culpabilité liés à l'ambition féminine, le Moi sera la proie de scrupules.

Si, au contraire, elle liquide l'angoisse de Castration phallique, grâce au réinvestissement narcissique féminin et à la découverte de la masturbation vaginale, elle pourra continuer à s'identifier à sa mère et l'ambition affective caractéristique de cet âge servira des fantasmes vaginaux, en accord avec le développement normal de la sexualité féminine. Ainsi elle pourra abandonner ce qu'il y a eu d'exagérément passif — peut-être masochique à titre propitiatoire, surajouté à sa passivité naturelle — dans son comportement vis-à-vis des adultes.

Second écueil : la frigidité par infantilisme affectif.

Une fois acceptée sa féminité, grâce, avons-nous dit, au mécanisme de défense qui consiste à réinvestir de libido narcissique la totalité de la personne, *un second écueil se présente pour la fille. C'est que ce retrait narcissique ne la conduise pas à l'investissement de la zone érogène vaginale*, soit que la masturbation entraîne des remontrances sévères des adultes, soit que le père soit absent de la famille (mort ou divorce), soit qu'il se désintéresse de ses enfants, ce qui est une absence affective, et la fille dont les pulsions agressives ont peu de forces dynamiques ne trouvera jamais — quelles que soient les essais de séduire, le moyen de capter l'attention des hommes. Etant à ce moment *normalement* « fermée » à la mère, elle peut rester toujours dans une attitude narcissique, affectivement et culturellement infantile. Mais la cause en est peut-être une insuffisance de construction du Moi à la période sadique anale par carence éducative, ou trop grande sévérité éducatrice, ces deux alternatives interdisant à la fille le déplacement des affects li-

bidinaux excrémentiels et musculaires sur des activités culturelles qui l'eussent identifiée à la mère.

On peut se demander si le réinvestissement narcissique du corps, mécanisme de défense qui accompagne la liquidation de l'angoisse de Castration phallique n'est pas une régression globale de la libido au stade oral. J'ai rencontré deux fois la croyance chez les enfants, que les fils étaient les enfants des papas, les filles des enfants des mamans. Ce retour au narcissisme infantile est peut-être pour la fille, un moyen de participer de la puissance phallique du père sur le mode oral passif (du point de vue affectif) comme le nourrisson féminin participait de la mère. Ce ne serait pas le résultat de l'agressivité d'un conflit œdipien (qui n'a pas encore existé) mais un *désinvestissement* total de la mère par négation libidinale vraie inconsciente, due à l'impossibilité de continuer l'identification à un être qui a déçu, et la négation de toutes les acquisitions du Moi dérivés de l'aimance qui avaient eu la mère comme centre.

Ceci expliquerait aussi la moins grande objectivité naturelle de la femme, alors que les filles ont cependant, lors du stade anal et des premières acquisitions scolaires de 5 à 7 ans, montré un esprit réaliste et positif généralement bien supérieur à celui de leurs contemporains garçons, ce que savent très bien les professeurs d'écoles mixtes. Ceci expliquerait aussi pourquoi *le Moi des femmes est la plupart du temps plus faible* que celui des hommes et pourquoi *leur Sur-moi est rudimentaire* (sauf les cas de névroses). Cela pourrait faire comprendre aussi la grande facilité avec laquelle les femmes s'adaptent à l'âge adulte à un milieu bien différent de celui qui a été jusque-là le leur, et sans souffrir, arrivent à s'identifier à l'image à laquelle celui qu'elles aiment leur demande de ressembler. Ceci expliquerait les dons naturels nombreux, pour les langues vivantes, le chant, le théâtre, la danse, que montrent plus ou moins toutes les jeunes femmes.

Cette attitude narcissique de la fillette de 6 ans, et qui doit être normalement un stade du développement libidinal, pourrait être le point de départ d'une névrose selon que la fillette trouvât ou non un père (Pygmalion) pour la former et en faire une femme. S'il y a carence d'affectivité masculine dans l'entou-

rage immédiat de l'enfant, ou si la mère est très névrosée et dénigre le père, la fillette qui a renoncé à sa mère. ne peut plus l'investir libidinalement et *retourne à l'autisme en attendant mieux*. Ce serat l'explication du mysticisme exclusif à la puberté au lieu de fantasmes romanesques normaux.

Dans ce cas, la zone vaginale est sensibilisée, mais peut aussi ne point être éveillée, en tous cas, *elle n'est pas sensibilisée électivement*, et des femmes qui pourraient devenir tout à fait normales sexuellement, si au point de vue affectif, elle trouvaient l'homme qui s'occuperait à les former, restent frigides ou demi-frigides toute leur vie avec les nombreux troubles fonctionnels psychopathologiques (qui sont l'apanage des femmes plus que des hommes) au moment des sollicitations libidinales instinctuelles, règles, périodes prémonopausique, ménopause. On voit d'ailleurs apparaître après la défloration ou le 1^{er} enfant, des troubles de la série colitique chez des femmes qui ne les connaissaient pas auparavant. Ils sont sans doute la conséquence de progrès de la sexualité féminine coupables aux yeux du Sur-moi du partenaire sexuel. En effet, nombreux sont les hommes d'être frigides. Ce sont ceux qui libidinalement sont au stade pénétrativo-phallique. Ces conflits entre la sensibilité normale qui demande à s'installer et les interdictions de l'éthique conjugale du partenaire, réveillent inconsciemment, par régression, les conflits de la période sadique anale et les sentiments d'infériorité de l'angoisse de Castration phallique.

Si ces femmes restent vierges, les troubles névrotiques n'apparaissent qu'à la ménopause et sur le mode organique — onirique — de la frustration orale (sevrage), angoisse de la solitude, angoisse de manquer de quelque chose, angoisse de perdre leurs moyens de défense narcissique qui provoque une recrudescence de coquetterie puérile sur le mode infantile, des ornements nombreux hétéroclites et souvent inesthétiques. Au cas où le Moi était faible et n'avait à sa disposition que des sublimations culturelles exigeant une santé physique parfaite, ces « vieilles filles » présentent des troubles psycho-névrotiques de la série hallucinatoire ou onirique.

Au contraire, si chez une de ces narcisses secondaires in-

fantiles, le premier partenaire sexuel est un être plus âgé qu'elle, choisi sur le modèle d'un père, et qu'il soit au stade génital, la femme peut faire sa fixation œdipienne sur lui, et seulement à ce moment, entrer dans les conflits avec sa belle-mère et sa mère, ou faire des scènes de jalousie à son mari à propos d'anciennes maîtresses. Son vrai père n'intervenant pas pour elle affectivement autrement qu'en qualité de satellite de sa mère à peine investi de libido. C'est après cette période conflictuelle, qu'elle peut seulement, si elle accepte la « participation » dans l'aimance génitale, au lieu de l'égotisme, qu'elle peut parvenir à l'oblativité qui caractérise le stade génital féminin du point de vue affectif.

On voit en somme que le développement de la sexualité féminine diffère énormément de celui de la sexualité masculine, à partir du stade phallique. Le Sur-moi de l'homme correspond à la liquidation du Complexe d'Œdipe et du Complexe de Castration intriqués. Il a pour but d'éviter au Moi le retour de l'angoisse de Castration qui serait déclenchée par l'intrication de l'agressivité et de la passivité érotique et affective vis-à-vis de de l'objet d'amour. Cette ambivalence sur les deux plans de la libido ne permettant ni l'automatisme physiologique du coït, ni l'attitude mâle sociale dans la vie, le Sur-moi doit être fort, pour éviter le retour d'un conflit. De plus, le garçon est défavorisé par rapport à la fille, en ce sens que dans les familles, où l'on interdit la masturbation phallique trop tôt, il n'a plus à sa disposition de zone érogène à investir et ne peut que régresser à des stades archaïques castrateurs pour sa virilité.

Le renoncement à l'érotisme génital dans l'ambiance affective œdipienne que représente donc toujours pour les garçons l'adaptation sociale avant la puberté explique la fréquence des symptômes névrotiques et des troubles du caractère chez eux. Le dynamisme de leurs pulsions agressives donne à leur attitude de révolte contre l'angoisse de Castration un rententissement familial et social scolaire.

Au contraire, la fille a des moyens occultes de lutter, l'inhibition, la résistance passive, et quand elle lutte avec des réactions névrotiques du Complexe de Virilité, au service d'un Moi puissant, elle ne montre jamais de troubles sociaux du carac-

tère avant la puberté. Son agressivité intellectuelle et culturelle lui vaut même, avant qu'elle n'ait atteint l'âge nubile, l'admiration des adultes et des satisfactions triomphantes d'amour-propre sur ses contemporaines dont la phase de latence se passe dans une active passivité, ou plutôt dans une activité féminine qui paraît moins brillante et l'est parfois au point de vue strictement scolaire, que ne l'est celle de la fille masculinisée névrotiquement. C'est sans doute ce qui explique qu'en consultation, nous ayons une proportion de sept consultants garçons pour une fille ! alors que plus tard la psychopathologie des femmes est bien plus répandue que celle des hommes (frigidité, constipation, migraines, etc.).

On peut se demander si le Sur-moi n'est pas encore un mécanisme de défense dû à l'angoisse latente de Castration sexuelle chez un individu qui n'aurait pas liquidé inconsciemment ses conflits prégénitaux. La sévérité du Sur-moi chez la fille qui n'a pas investi la zone érogène vaginale par non-liquidation d'angoisse de Castration phallique, comparée à l'absence du Sur-moi de la fille qui l'a liquidée mais qui reste infantile affectivement jusqu'au jour où elle vivra son Complexe d'Œdipe ou sa ménopause, et n'a donc pas connu l'angoisse de Castration vaginale, sont des faits cliniques qui sembleraient appuyer cette hypothèse. Il est possible que chez un être adulte au point de vue libidinal, c'est-à-dire parvenu au stade génital oblatif parfait, le Sur-moi soit rudimentaire ou même absent, et les énergies libidinales, toutes au service du Moi. Mais un tel être s'il existe n'a probablement jamais été étudié par les psychanalystes, car son absence d'égotisme ne lui pose point à son propos de problèmes affectifs humainement résolubles et il accepte de ne point les résoudre.

6. — LE SYMPTOME ENURESIE DANS LA SYMPTOMATOLOGIE DU COMPLEXE DE CASTRATION NEVROTIQUE

On s'étonne peut-être de la fréquence du symptôme énurésie. Ce symptôme (bienheureux, pourrions-nous dire) grâce au-

quel on nous amène des enfants dont on ignorerait sans lui la névrose se rencontre toujours en liaison étroite avec le Complexe de Castration, mais il n'a en lui-même aucune signification particulière.

Il signe la stagnation ou le retour au stade Phallo-sadique urétral du développement inconscient, c'est-à-dire l'époque précédant le stade phallogénital (c'est-à-dire le stade phallique œdipien pour le garçon et le stade vaginal œdipien pour la fille). *Il s'accompagne de la régression affective* aux préoccupations préœdipiennes sur un ou plusieurs points, elle-même compliquée de sentiments de culpabilité, dans la plupart des cas, parce que, même sur le plan régressif les pulsions instinctives libidinales ne trouvent pas une issue suffisante.

Nous avons vu dans l'exposé du Chapitre II la valeur des fantasmes ambitieux à l'époque de la discipline du sphincter vésical qui est nécessairement suivie des masturbations phalliques ou clitoridiennes de la 2^e enfance. N'oublions pas que les menaces de mutilations sexuelles de l'entourage arrivent ensuite, et que celles du sujet lui-même devant l'angoisse et l'impuissance de l'agressivité dirigée contre le rival à l'époque à venir du Complexe d'Œdipe, sont encore plus tardives.

La persistance ou le retour à l'énurésie — manifestation de l'hédonisme phallique non discipliné — est donc le symptôme de choix, pour ceux qui ne peuvent se permettre, soit la masturbation, soient les fantasmes agressifs phallo-vaginaux, c'est-à-dire ambitieux, soit les deux réunis.

La suppression de l'énurésie entraîne nécessairement l'entrée de l'enfant ou sa réintégration dans le stade phallique *urétral*, c'est-à-dire agressif, sadique, non par cruauté, mais par « arrivisme », ambition légitime, qui peut se traduire par ces slogans : « tous les moyens sont bons », ou « la fin justifie les moyens ». Mais cette ambition est généralement entachée de sentiments de culpabilité (découlant du Complexe d'Œdipe naissant), sinon l'enfant en aurait supporté la responsabilité sans le secours du symptôme. C'est pourquoi on voit souvent des enfants hâbleurs, types de Marius, présenter de l'énurésie tar-

dive. Leurs sentiments d'infériorité, trop pénibles devant leurs ambitions coupables, les obligent à jouer la comédie du plus fort qui ne trompe que *leur Conscient*, alors qu'ils voudraient convaincre *le public*. Mais le contraste grossier entre leurs allégations et la réalité vexe leur amour-propre.

L'énurésie joue alors le double rôle de protestation agressive phallique et d'auto-punition castrative qui en découle (avoir l'air d'un bébé, tel est le résultat final des ambitions de dictateur).

Il n'y a pas *une* attitude thérapeutique devant l'énurésie, car la thérapeutique vise la cause et non l'effet.

L'étude du comportement affectif général de l'enfant permettra seul de juger à quel stade il se trouve et devant quel barrage il a régressé.

Aussi l'énurésie doit-elle, dans certains cas, être *respectée*, malgré l'exigence des parents et le désir conscient de l'enfant, *tout le temps qu'il faut* pour faire évoluer la libido de l'enfant (grâce au Transfert) jusqu'au stade urétral agressif, aube du stade phallique. *C'est alors seulement* qu'on pourra, sans danger pour l'avenir, exiger la discipline vésicale et l'obtenir. En l'exigeant plus tôt, le médecin jouerait le rôle de parent castrateur.

D'après ce que nous venons de dire, **il y a des cas où nous aurons des résultats immédiats** ou rapides¹ sans contre-coups de troubles du caractère et où la suppression de l'énurésie en une ou deux séances sera sans danger pour l'Inconscient. Ce seront des énurésies chez des enfants présentant une agressivité de comportement marquée jointe à des résultats scolaires irréguliers, mais parfois bons ou excellents. C'est en effet la situation telle qu'on la voit, seulement *à partir du stade phallique urétral et en plein Complexe d'Œdipe, normal non liquidé*.

Si au contraire l'ambition est grande (hâbleurs, effrontées), mais l'attitude œdipienne inversée² recherche de séduction passive du parent du même sexe), on devra auparavant réveiller le droit à

(1) Cf., cas de Gérard. Cas de Claudine.

(2) Cf. cas de Roland.

la rivalité avec lui, en aidant notre petit Marius (sur le plan réel) à gagner l'admiration de maman (en l'occurrence la nôtre, si nous sommes femme) et en stimulant notre petite effrontée à plaire au papa en stimulant la coquetterie, la confiance en elle (le droit à nous cacher des choses si nous sommes femme), et nous commencerons par minimiser l'importance de l'énurésie, symptôme jugé humiliant par tous les enfants. Aussi, à la séance suivante où des progrès réels de comportement n'auront pas apporté de résultat pour l'énurésie, devons-nous rassurer les parents et l'enfant. C'était bien « plusieurs séances ³ que nous avions demandées. Qu'on nous fasse confiance à nous comme à l'enfant.

C'est seulement quand l'enfant sera revenu à l'Œdipe positif normal qu'on pourra *au nom* d'une satisfaction œdipienne (faire plaisir à maman et à nous-même ou à papa si c'est une fille ou pour se montrer grande fille aux yeux de maman qui ne le croit pas), demander à l'enfant l'effort auto-suggestif alors facile : (y penser en se couchant). *S'il réussit*, une angoisse découlant du Complexe de Castration s'ensuivra fatalement, bien que l'enfant soit consciemment heureux du résultat. Elle se traduira, soit par des *troubles fonctionnels* (maux de tête, maux de dents, lassitude) — qu'on met si justement sur le compte toujours ouvert de « la croissance » soit ! par des *rêves d'angoisse* à symbolisme castratif, soit par des *mécanismes auto-punitifs*, soit encore par des *troubles de caractère* visant à provoquer la punition. Mais nous serons *alors* en mesure de *liquider* cette angoisse en attaquant le Complexe d'Œdipe sur le plan rationnel et en fournissant à l'enfant — que nous déchargeons de ses sentiments de culpabilité — des substituts culturels, les sublimations auxquelles pour nous faire plaisir ainsi qu'à ses parents, il adhérera volontiers s'il a repris confiance en lui et que la poussée libidinale biologique s'accorde avec les satisfactions sexuelles qu'apportent les sublimations.

Si l'enfant est au Stade anal passif ¹ (incontinence excrémentielle des urines et des matières), on devra permettre à l'enfant

(3) Ce qui fait plusieurs semaines, dans cette méthode de Psychothérapie à séances hebdomadaires.

(1) Cf. cas de Bernard.

un *comportement général* agressif avant de lui demander le sacrifice de l'hédonisme local des zones érogènes sphinctériennes. Et, d'après la disparition de ces symptômes fonctionnels, nous ne jugerons l'enfant guéri que s'il a moins de 4 ans.

S'il a plus de 4 ans, on ne pourra l'estimer psychiquement guéri malgré la disparition des symptômes (qui suffit aux parents) que s'il amorce son Complexe d'Œdipe, et on devra le suivre et se méfier des rechutes ².

S'il a 6 ou 7 ans, on devra le conduire jusqu'à la formation, puis la liquidation du Complexe d'Œdipe par l'intrication naturelle du Complexe de Castration. Il faudra donc pendant quelques semaines laisser les deux conflits monter en intensité, face à face, se faisant équilibre, avant de laisser se pencher la balance, pour la prédominance du Complexe de Castration, qui aboutit par la formation du Sur-moi au refoulement. Ce fait est suivi du désinvestissement des objets œdipiens de la plus grande partie de leur charge libidinale pour la reporter sur des amitiés et des sublimations scolaires, ludiques, manuelles et intellectuelles, riches en promesses de réussite sociale ultérieure.

S'il ne s'agit plus d'un enfant, mais d'un sujet en période de latence plus ou moins proche de la puberté, c'est-à-dire si le malade atteint d'énurésie a dépassé le stade normal chronologique du Complexe de Castration, nous savons que ni celui-ci, ni le Complexe d'Œdipe ne sont alors liquidés. Mais en plus nous avons affaire à un Sur-moi qui permet leur activité méconnaissable. Il nous faudra donc attaquer les manifestations en accord avec le « Moi » et qui traduisent pour l'œil du psychanalyste les conflits non liquidés.

Ainsi chez des jeunes gens qui n'ont pas *liquidé* leur Complexe d'Œdipe normal, mais qui l'ont *refoulé* au nom d'un Complexe de Castration trop fort, on trouve des manifestations homosexuelles latentes, inconscientes. Un tel Sur-moi par exemple n'autorise à partir de 7 ans des relations de camaraderie qu'entre des individus du même sexe, à l'exclusion de l'autre. Les relations de camaraderie entre les 2 sexes étant jugées coupables

(2) Une poussée d'angoisse plusieurs mois après la guérison peut faire réapparaître le symptôme énurésie à la faveur du « Point de fixation » auquel l'enfant reste sensibilisé jusqu'à la liquidation de l'Œdipe.

ou inintéressantes — mais la réalité, c'est que, devant un individu du sexe opposé les mécanismes de défense jouent — timidité et angoisse par agressivité inhibée, et sentiments d'infériorité. Ceci trahit pour le psychanalyste, le Complexe de Castration encore en activité, donc, son corollaire la non-résolution du Complexe d'Œdipe.

Il nous faudra donc attaquer les manifestations en accord avec le Moi, et grâce au transfert, modifier le Sur-moi pathologique. Ajoutons que bien des névroses par angoisse devant le Complexe de Castration ne donnent *pas lieu à l'énurésie*. C'est que la conquête de la propreté sphinctérienne était déjà trop assurée quand sont arrivées les premières menaces *agissantes*, de mutilations sexuelles, c'est-à-dire les menaces *jointes au* Complexe d'Œdipe, et nous l'avons déjà dit, mais répétons-le, l'angoisse de Castration ne nécessite pas les menaces *réelles* de mutilations sexuelles.

Ces menaces agissantes peuvent être, **première éventualité** : des menaces de maladies ou de mutilations, *proférées par les adultes* et supposées vraies au moment de la masturbation secondaire parce qu'elles sont venues des éducateurs « qui savent tout ».

Mais, elles peuvent être aussi, **2^e éventualité** : des menaces *intérieures* dues, chez l'enfant, à la projection de son agressivité sur l'adulte du même sexe que lui, lors de la rivalité œdipienne, parent auquel ils'était identifié qu'il avait « introjecté » pour lutter normalement contre l'angoisse primaire de Castration.

Enfin, **3^e éventualité** : ces *menaces agissantes* peuvent n'être point des menaces de mutilation génitale ou manuelle se rapportant à la masturbation, mais (venues des adultes éducateurs ou d'une infériorité physique ou intellectuelle) des entraves aux mécanismes de défense *naturels* devant l'angoisse de Castration primaire. Or à celle-ci, aucun être humain ne peut échapper, du moment que ses pulsions libidinales intrinsèques sont « insexuées » (ou ambisexuées ») et que l'adaptation pratique à la réalité exige qu'il accepte de se comporter selon le sexe masculin ou féminin de ses organes génitaux.

L'énurésie correspond à la régression bidinale au stade qui

précède celui de l'apercevanee des sexes et ne peut se produire qu'à la suite de *menaces agissantes de castration de quel ordre qu'elles soient*.

C'est pourquoi *l'énurésie peut n'avoir jamais cessé*. L'enfant refuse inconsciemment de grandir, afin de ne pas renoncer à ces prérogatives ambisexuées.

Elle peut au contraire avoir à *peu près* cessé de 2 ans 1/2 à 4 ou 5 ans et reprendre à ce moment qui est celui de l'amorce du Complexe d'Œdipe. C'est à partir de ce moment seulement que l'énurésie peut être imputable à l'activité du Complexe de Castration. En effet, pour qu'il y ait Complexe de Castration normal il faut que *les menaces s'intriquent* au désarroi qu'entraîne la constatation de l'absence du pénis chez la fille et aux sentiments d'infériorité doublés d'angoisse secondaire de Castration devant le rival œdipien tabou. Ces menaces correspondent à celles que nous avons rangées dans la seconde éventualité.

Pour qu'il y ait Complexe de Castration pathologique (prolongé, non liquidé après 8 ans), il faut qu'il y ait un réveil des menaces de la première éventualité, ou menaces de la 3^e éventualité. Et il faut encore que cette absence de moyens de défense de naturels amène des sentiments d'infériorité cuisants par rapport aux autres enfants du même âge et du même sexe à l'époque de l'ébauche non encore complexe de la situation œdipienne. Le renoncement à la supériorité *fantasmique* vis-à-vis du rival ne sera pas possible et l'enfant sera nécessairement déterminé à refuser de *voir la réalité en face*, de *liquider* son Complexe d'Œdipe sexuellement castrateur, donc à regresser devant la poussée libidinale.

On voit donc que le symptôme de l'énurésie n'a qu'un rôle diagnostique relatif. De lui seul, sans la connaissance du comportement affectif concomitant, il est impossible de déduire une thérapeutique rationnelle; de plus, lui disparu, l'enfant n'est généralement pas guéri de sa névrose, mais seulement sur la voie de guérir, contrairement à ce que pensent les parents que le « symptôme seul » alarment et que sa disparition suffit à satisfaire.

7. — ANGOISSE DE CASTRATION ET ANGOISSE DE MORT

Chez beaucoup de malades névrosés, on voit apparaître l'angoisse de mort. C'est quelquefois une angoisse morale sans traduction somatique décelable, d'autres fois une angoisse physique, « précordiale » qui peut aller jusqu'à la syncope ou à la « fausse angine de poitrine », phénomènes d'anxiété mortelle, que les médecins connaissent tous, et qui n'ont bien souvent aucun substratum organique. Dans les rêves des malades que nous analysons, et dans les fantasmes, l'image et même la « sensation » de mort est souvent mêlée à l'angoisse, alors que par l'étude du contenu latent de ces rêves et de ces fantasmes, que cache le contenu manifeste symbolique, on découvre que l'angoisse est liée à des pulsions sexuelles; dans ces cas, angoisse de mort et angoisse de Castration semblent coïncider. Cependant c'est une erreur de les confondre, de les croire superposables ou toujours liées l'une à l'autre. Au contraire, la liaison de l'angoisse de Castration à l'angoisse de mort est un signe de névrose. La crainte anxieuse de la mort est toujours un symptôme d'angoisse de Castration, tout comme la crainte anxieuse des maladies, quand elle apparaît chez un être vivant — à moins qu'il ne soit objectivement à l'article de la mort. (Et même alors, il ne nous est pas permis d'inférer que l'agonie soit percevable affectivement et mentalement — c'est-à-dire qu'elle atteigne le Moi, s'il n'y a pas névrose).

L'angoisse de Castration est un émoi de *frustration libidinale* éprouvée dans l'Inconscient. Elle est déclenchée par un conflit entre des pulsions agressives et passives mises au service de la sexualité d'une part, et d'autre part, des interdictions venues du monde extérieur (dans la petite enfance) ou du Sur-moi (ensuite). Elle est efficiente affectivement, dans le Préconscient seulement et le Conscient ne traduit que les mécanismes de défense mentaux contre son apparition figurée¹, (en fait, contre son « aperceance »).

(1) On ne peut dire que le conscient lutte contre « l'angoisse pensée, car l'angoisse n'est pas pensable.

Bien souvent, le Préconscient seul est le siège de ce conflit et de l'angoisse qui en résulte. C'est par l'analyse des rêves qu'on peut déceler le mobile castrateur déclenché par le Sur-moi et contre quelles pulsions du Ça il est dirigé; la cause de l'angoisse et le conflit restent inconnus de la partie consciente du Moi. Le rêve ne suffit pas toujours à satisfaire les pulsions et le Conscient assiste alors, aveugle, à des symptômes organiques qui s'en font l'écho. Pour le sujet, ce sont des troubles physiques dont il souffre ou non et auxquels il prête toujours une explication apparemment rationnelle.

Si l'angoisse est très grande, à cause de la richesse des pulsions agressives, liées à un Complexe d'Œdipe violent non liquidé et que les zones érogènes génitales (phallique pour le garçon, vaginale pour la fille) restent investies électivement, l'angoisse — à cause de fixations faites à l'adulte aimé au temps de la masturbation infantile — apparaîtra dans le Conscient sous forme de crainte de maladie grave ou de mort; car pour l'enfant qui découvre la mort, elle n'est pas « la mort », qu'il ne connaît pas, et qui, d'ailleurs pour nous tous, est « insupportable » — elle est une frustration d'agressivité musculaire et d'agressivité affective plus grande que d'autres, c'est-à-dire sur le plan où il l'entend : immobilité forcée, magiquement très très très longue, et absence de l'être aimé, (donc castration affective) très très très longue.

La *Crainte* de la mort est normale, la mort nous attend tous, notre infériorité à son égard est réelle, nous ne savons pas ce qu'elle fera de nous sinon qu'elle amènera la disparition de notre être tel que nous le connaissons. La *Peur* de la mort est « rationnelle », elle ne dépend pas du degré de névrose, mais elle ne peut exister normalement que devant son imminence. Notre moyen de défense est réflexe, c'est la fuite, avec des réactions appropriées. La peur et la crainte de la mort sont normalement dépourvues de sentiments de culpabilité. La névrose, dans la peur de la mort, ne joue pas, ou ne joue que pour entraver les réactions normales adéquates à la fuite. A part le danger immédiat, la peur de la mort est un émoi dépourvu de sens affectif donc dépourvu d'inquiétude émotive

pour celui qui en parle sans être en présence de menaces extérieures ou organiques réelles.

L'angoisse de Castration, elle, ne dépend pas de menaces extérieures. La preuve en est que ces menaces ne deviennent agissantes que lorsqu'elles trouvent chez l'enfant des sentiments d'infériorité vraie en désaccord avec son ambition imaginaire. De plus, quand le Complexe de Castration reste névrotiquement actif, ou qu'il se réveille chez l'adulte, les causes déclenchantes et l'angoisse déclenchée sont inconscientes, dues à l'intrication d'émois œdipiens refoulés. La fuite est intérieure, et se traduit par un symptôme de conversion hystérique ou un symptôme obsessionnel.

Chez un jeune garçon de 14 ans, Paul, malingre et arriéré, de niveau mental et d'aspect physique de 9 ans environ, amené aux Enfants Malades dans le service de M. le D^r DARRÉ, où j'étais alors externe, l'angoisse était telle qu'on avait pris l'enfant pour un méningitique grave à cause de la dyspnée alarmante¹, de l'omnubilation qui l'accompagnait, de la raideur et du faciès douloureux du sujet. Le lendemain, on s'aperçut que c'était un pithiatique qui faisait une crise de dyspnée d'angoisse avec dysphagie et ébauche de catatonie.

J'arrivai à parler avec lui et au milieu de son débit haché par une suffocation continue, il me raconta qu'il respirait comme cela depuis 2 jours, et c'était parce qu'il avait dû recevoir un jour un caillou lancé par un grand. Il ne s'en souvenait pas, mais c'était un dimanche sûrement. A mes questions, pourquoi le grand avait-il fait cela, il me dit que lui-même, avait essayé de lancer une pierre à la tête de ce « grand » parce qu'il ne l'aimait pas, et l'autre avait riposté. Mais il y avait longtemps de cela, et il n'était pas sûr que ce fût arrivé, pourtant c'était un dimanche. Le jour même où on l'avait conduit à l'hôpital était un dimanche, il avait vu près du Camp d'aviation à Orly, un avion s'écraser sur un poteau télégraphique et le poteau être déraciné. Ces derniers mots étaient dits avec une grande difficulté respiratoire et il me mimait sa frayeur avec un hoquet. Je lui dis : « C'est depuis ce moment-là peut-être, que tu respires comme tu le fais. Tu as eu peur pour le poteau. Tu ne savais pas que les poteaux ne tenaient pas plus que cela dans la terre ». Immédiatement, le symptôme dyspnéique cessa. Il me dit ensuite que les soldats de l'avion avaient été tués sur le coup, et l'avion aurait pu tuer ses petits amis, les réfugiés espagnols qui étaient venus pour n'être pas tués par la guerre.

J'appris ensuite que le grand était un garçon du même âge que lui

(1) Pour donner une idée de la dyspnée que présentait l'enfant il faut la comparer à la respiration haletante d'un chien qui vient de faire une grande course. Et elle a duré près de 3 jours (sans sommeil).

— 14 ans — mais qui avait l'air d'un homme. Ils étaient ensemble dans un cours qu'on fait aux écoliers d'Orly pour les préparer, à devenir mécaniciens pour l'aviation militaire. Paul y avait été parce qu'on joue avec des avions en papier, mais dans quelques semaines, tous les élèves devaient voler pour la première fois, et lui ne voulait plus suivre ce cours, il ne voulait pas voler, avait peur d'aller en avion, il voulait seulement jouer aux avions. Sa mère, qui avait payé 6 francs par semaine pour ce cours, depuis le début de l'année, avait dit qu'il devait continuer jusqu'au pilotage.

Pendant les premiers jours, à l'hôpital, Paul ne voulait rien manger, pensant qu'on cherchait à l'empoisonner. Il souffrait que sa mère ne vint pas le voir, et parlait tout le temps de l'argent qu'il coûtait à sa mère. S'il n'avait pas tant de frères et sœurs, (ils étaient 4 dont 2 seulement, lui et une sœur restaient encore à la maison) on pourrait peut-être venir le voir tous les jours. A la maison, maman le « battait » beaucoup, il avait eu des « marques de coups » (?) — et son père préfère — « pour qu'il ne s'énerve pas » qu'on l'enferme dans le noir. Sa sœur (cadette de 2 ans) est très méchante et « maman ne la bat jamais ».

La mère semblait totalement indifférente, même hostile à son fils, sans vouloir le montrer. Elle prenait un air faux, ennuyé, mais sans aucun mouvement de tendresse pour lui. Elle payait pour lui et en parlait tout le temps. C'est une énorme femme pléthorique et sentant le vin. Le père a, paraît-il, des faiblesses au cœur, mais il n'a jamais reçu de pension, et sa femme trouve que les docteurs ne connaissent pas leur métier, quand ils disent que son mari n'a rien. Il a attrapé cela au service militaire, on a dû le réformer pour faiblesse, parce qu'il s'évanouissait devant le sang et qu'il était infirmier. « C'est son cœur, mais il est si bête qu'il se laisse renvoyer par les docteurs » (sic).

L'enfant resta en salle et je le vis pendant 10 jours, il allait bien, était calme, mangeait, et on décida qu'il sortirait et que je continuerais à le soigner, mais les parents ne voulurent pas le ramener.

3 semaines après, l'enfant me revenait (à mon domicile), il ne dormait plus une seconde depuis quelques jours pour ne pas mourir, car il fallait tout le temps qu'il fût sûr des battements de son cœur. Il était très anxieux, et ne voulait pas lâcher sa mère. Dès qu'il lâchait sa mère, il prenait son poignet, car il surveillait son pouls. La mère, revendicatrice, au lieu de nous ramener l'enfant régulièrement dans le service de M. DARRÉ, avait, entre temps été montrer l'enfant à plusieurs médecins qui avaient tous dit qu'il n'avait rien. Comme je lui disais que je voulais le soigner et le voir régulièrement pour cela, que je lui indiquais, si elle le préférait, l'Hôpital Henri Rousselle, elle me dit, au milieu d'une débâcle de mots orduriers qu'elle trouverait bien un docteur qui « verrait » ce qu'il « avait » en une seule fois. « Les médecins n'ont qu'à savoir leur métier (sic) ». Cet enfant doit être actuellement à l'asile, du moins je le lui souhaite.

Dans ce fragment d'observation, on voit très clairement que la symptomatologie anxieuse était due à l'angoisse de Castration, les sentiments d'infériorité sont réels vis-à-vis du grand fort, la pierre qu'il avait essayé de lui lancer à la tête représentait un fantasme de meurtre. Il ne l'avait pas atteint, mais il avait identifié son ennemi aux aviateurs qui se tuaient sur le coup un dimanche, mais en déracinant un poteau télégraphique, et c'est cela qui était le traumatisme inconscient. C'est pour le poteau que l'enfant a eu peur. Ensuite, il a rationalisé sur ses petits amis réfugiés (désarmés) auxquels il s'identifiait et que l'avion aurait pu tuer, alors qu'ils s'étaient mis à l'abri de la guerre (comme lui veut le faire à l'imitation de son père). L'accident apportait la réalisation magique des souhaits meurtriers sur des substituts de l'adulte castrateur (grand garçon, sous-officier d'Orly) inconsciemment associés à la mère sadique, qui l'obligeait à risquer la mort, à voler en avion. Cela réveillait son agressivité interdite au nom de la frustration d'amour de sa mère castratrice aimée (il lui trouve toujours des excuses) à laquelle il est fixé masochiquement, et qui revendique le droit « pécuniaire » de l'envoyer à la « mort » et de pas « l'aimer ».

On ne peut nier qu'il y ait peur angoissante de mort, et cependant, à notre avis, on ne doit pas confondre les deux aspects du symptôme névrotique. Il y a angoisse et « idée » de mort, associées.

L'angoisse, c'est une angoisse secondaire de castration phallique, par échec d'un mécanisme de défense indispensable énergétiquement, au refoulement des pulsions agressives. Celles-ci sont interdites parce qu'elles sont associées aux fantasmes phalliques ambitieux qui conduisent à la castration sadique affective et musculaire infligée par les deux parents. Le père est castrateur par angoisse personnelle projetée sur son fils, (pour qu'il ne s'énerve pas) et la mère est castratrice par sadisme éthylique et haine du sexe masculin par fixation orale inconsciente à sa mère (biberonnage : éthylisme) qui ne lui permet de ne supporter l'agressivité que venant de sa fille.

On voit, par l'émotion intense que Paul a éprouvée à l'ar-

rachement du poteau, que celui-ci représentait inconsciemment son pénis. L'infériorité sexuelle qui est la sienne, vis-à-vis des garçons pubères, avait provoqué la scène de la pierre lancée à la tête de son camarade de classe. Cet attentat raté avait entraîné les représailles sans cruauté du camarade (un caillou « avait dû » le toucher au cœur, il y a longtemps, mais ce n'était pas sûr). Ce qui était sûr, c'est que ce fût un dimanche et que la défense légitime du grand avait eu l'effet d'interdire à tout jamais sur le plan réel une manifestation d'agressivité meurtrière de Paul à son égard. Il ne lui était resté qu'une arme imaginaire, formuler des souhaits magiques de mort, centrés sur les prochains essais de vol que ce grand garçon devait faire comme lui et à cause de ces souhaits, Paul ne voulait plus continuer à suivre le cours qui l'avait tenté quand il n'était question que de fabriquer des avions en papier et de jouer avec.

Un intense et magique sentiment de culpabilité¹ accompagnait la réalisation magique (déplacé sur les aviateurs) des souhaits de mort sur le coup du « choc », et c'est pourquoi l'arrachement du poteau qui s'associait à cette mort réveilla l'angoisse primaire de Castration phallique.

L'impuissance réelle contre l'adulte conçu comme tout puissant et « totu-sexué », avait entraîné par mécanisme de défense du moi, la Toute puissance magique de la pensée. L'identification au rival intangible devenait possible, si Paul renonçait à la rivalité réelle. Ainsi l'agressivité magique atteignait son but libidinal, égaler le rival, s'identifier intérieurement, subjectivement à lui et le tenir en respect.

Toute manifestation effective d'agressivité étant interdite par les objets d'aimance du monde extérieur qui faisaient « l'ambiance » de Paul, *l'imagination*, activité mentale, devint toute puissante sur son monde intérieur et lui-même devint son propre objet d'aimance. Tout l'inorganique, (tout ce qui existe sans « faire » quelque chose d'agréable ou de désagréable) fit alors partie intégrante de lui-même : *Affectif* et

(1) N'oublions pas que le sentiment de culpabilité est à l'origine, un mécanisme de défense mental contre l'adulte et le monde extérieur conçus comme « tout puissants » et « totusexuels », éternels.

effectif étant devenus équivalents, l'économie libidinale toujours subjective pouvait s'accorder avec l'économie vitale.

La mort effective, qu'accompagne la castration effective (arrachement du poteau hors de la terre) entraîne la mort affective, c'est-à-dire pour Paul la menace de la mort libidinale imminente, c'est l'angoisse. D'où les symptômes : expression douloureuse du visage, et anéantissement des pulsions affectives jusque sur le plan oral passif végétatif : blocage « pseudo catatonique » des muscles respiratoires agonistes et antagonistes.

Le Syndrome était utile à l'enfant « dans son milieu » où aucune pulsion agressive directe ou sublimée n'étaient encouragée. La preuve en est qu'au bout de quelques jours à l'hôpital, il avait perdu son faciès douloureux, mangeait, (était réconcilié avec la « bonne » mère) dormait bien, et souriait. Il jouait dans son lit, se levait l'après-midi. Alors, qu'au point de vue scolaire il suivait une classe d'enfants de 10 ans, son comportement vis-à-vis des autres et des infirmières était celui d'un enfant de 3 ans, capricieux, instable, indiscipliné, cherchant à se faire punir. Tout cela entraînait des gronderies, mais sans plus. Au bout de 10 jours, il s'était un peu discipliné, on avait vraiment l'impression que l'enfant s'épanouissait. Mais sa culpabilité grandissait, du fait que sa mère lui disait, aux rares fois où elle venait, qu'« il » lui coûtait cher, en trajets.

A l'hôpital donc, une agressivité ludique et affective était autorisée. Moi-même, dans les entretiens que j'avais eus avec lui, après la première et soudaine amélioration, j'essayai une séance de mutisme hostile, puis une séance haineuse d'injures pornographiques, suivies de larmes et terminée par un sourire détendu parce que je lui avais permis tout cela sans me « fâcher ». L'angoisse avait pu être liquidée par ces détente pulsionnelles agressives.

Au contraire, dès son retour chez lui, la situation affective sado-masochique reprit et ces pulsions agressives ne trouvaient plus d'issue permise dans des fantasmes meurtriers trop coupables et trop castrateurs, depuis l'histoire de l'avion.

Et, si elles s'exprimaient dans le comportement, elles se heurtaient à une frustration d'amour maternel et paternel sur le plan captatif sado-masochique et à la frustration de l'espace, de la vue, du toucher de l'activité brute dans tous les domaines, sauf celui de la vie végétative. Les pulsions libidinales se mirent alors au service du Sur-moi magique lié associative-ment à jamais au grand garçon phallique qu'il avait symboliquement tué. L'angoisse à traduction dyspnéique et dysphagique qui avait été rationalisée par la « petite pierre reçue peut-être un dimanche de la part du grand garçon haï et dangereux, et qui avait dû blesser son cœur, cette angoisse reprenait, mais « libre ». Le Sur moi n'avait plus de substitut vivant, Paul ne pouvait plus lutter magiquement contre lui qu'en *ni*ant « sa vie ». L'enfant intérieurement traqué ne pouvait plus vivre, consciemment il avait peur de mourir et que son cœur cessât de battre. L'angoisse libidinale due à l'imminence de la désintrication des pulsions et de l'affectivité, c'est-à-dire à la mort libidinale, l'Angoisse « brute » de castration recommençait.

Quand il se raccrochait à sa mère, c'était inconsciemment pour s'en faire battre, ce qui aurait seulement pu le soulager, mais sa mère avait malheureusement modifié son objectif agressif qui était devenu le « corps médical ». (Avant la grande crise de Paul, elle ne l'avait jamais montré à un médecin). Elle semblait maintenant s'identifier à son fils châtré et arriéré, qui ne pourrait jamais passer dans l'aviation, ce qu'elle n'avait jamais voulu s'avouer consciemment, et ne le battait plus jamais. Elle vouait une haine d'ordre paranoïaque aux « médecins » qui lui avaient fait comprendre que son fils « n'avait rien » au point de vue organique qu'ils pussent magiquement réparer sur le mode oral par une drogue. Son infériorité à elle-même était alors réelle.

Sa propre angoisse de castration phallique qui avait été surmontée jusque là par la magie de la puissance orale l'éthylisme, extrait en résonance : Elle avait peut et se dérobaient en dérobant son fils à tout traitement, à toute activité. Mais elle gardait pour elle la magie du « verbe » qu'elle conservait re-

tentissant, dans des propos cahotiques, quant au sens intellectuel, pornographiques quant au sens affectif et « vomitifs » quant au débit.

A notre avis, dans tous les cas où l'on rencontre la peur de la mort liée à des symptômes physiques affectifs d'angoisse, il s'agit d'une idée obsessionnelle névrotique reliée ou non à un symptôme de conversion hystérique. C'est un mécanisme de défense hypocondriaque déclenché par l'angoisse de Castration phallique, mais qui se joue sur le stade anal sado-masochique — par refoulement de l'ambition affective normale du stade libidinal correspondant.

Si l'attitude masochique est permise au Moi par l'objet de fixation affective sadique, le sujet peut, par identifications à l'objet, devenir inconsciemment son propre bourreau. Le Moi craint la maladie entrave à la vie, ou la mort suppression de la vie, parce que l'idée de vengeance ou de meurtre était primitivement dirigée sur l'objet supposé castrateur. C'est le mécanisme hypocondriaque vrai. Il neutralise assez bien l'angoisse.

Si l'attitude masochique n'est pas permise par le monde extérieur, dans les relations objectales, le sujet doit bloquer sa libido en lui-même, dresser ses pulsions passives sans issue substitutive objectale contre ses pulsions agressives sans plus d'issue. L'absence de toute satisfaction libidinale prend le thème de la mort, frustration totale libidinale telle qu'elle est apparue à l'enfant le jour, où il l'a découverte pour la 1^{re} fois; mais — comme il n'y a plus d'agressivité libre inconsciente — ce thème de la mort se joue sur le plan oral où l'absence de satisfactions libidinales est l'absence de pulsions, c'est-à-dire le sommeil. Et le malade traduit consciemment l'égalité sommeil = mort, par la peur de s'endormir. Le garçon de 14 ans entoure de ses bras sa mère indifférente à lui, comme s'il avait 6 mois.

Sans psychothérapie *active et psychanalytique*, avec séparation du milieu familial, l'apaisement psychique ne peut venir, semble-t-il, *que par la psychose*; la dissolution du Moi, résout alors l'angoisse (du moins l'angoisse que *psychanalyti-*

quement nous pouvons étudier, celle qui est due aux mécanismes de défense du Moi contre les pulsions *libidinales*).

L'angoisse qui prend la traduction mentale de « peur de mourir » n'est donc *pas une angoisse de « Mort » mais une « angoisse de castration »*. Elle n'est pas plus une « peur de la mort », car celle-ci n'est pas un émoi dû à l'intuition de frustrations libidinales, mais à celle de la frustration de pulsions *vitales*.

Cette angoisse névrotique est une « crainte magique » au service de pulsions sexuelles génitales agressives refoulées par le Complexe de Castration et qui cherchent affectivement une issue sur le plan anal ou oral. C'est un mécanisme voisin de la phobie et l'on devrait toujours parler de *Phobie de la Mort*, de *crainte obsessionnelle de la Mort*, quand cliniquement un malade organiquement sain redoute de mourir (et jamais ni de peur de la mort, ni d'angoisse de la mort). Ce symptôme traduit le réveil de l'angoisse de Castration complexuelle.

CHAPITRE V

DISCUSSION ET CRITIQUE DES MOYENS CLINIQUES

COMMENT SONT RECUEILLIES LES OBSERVATIONS. — COMMENT ÉTABLIR UN CRITÈRE SATISFAISANT PROUVANT QU'IL S'AGIT BIEN DU COMPLEXE DE CASTRATION. — IMPOSSIBILITÉ DU CRITÈRE MÉTHODOLOGIQUE. — LE SYMBOLISME. LE TRANSFERT : LEUR USAGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE. — THÉRAPEUTIQUE PSYCHANALYTIQUE ET SUGGESTION. — ATTITUDES HABITUELLES DES PSYCHOTHÉRAPEUTES ET DES PARENTS. — ATTITUDE DU PSYCHANALYSTE. — PSYCHOTHÉRAPIE ET MORALE. — EXEMPLES CLINIQUES DES DEUX ATTITUDES. — LE CAS DE JOSETTE. UN DES PLUS SIMPLES. — CAS DE JEAN. UN DES PLUS COMPLIQUÉS. LE RÔLE ÉCONOMIQUE DE LA NÉVROSE. — LE RÔLE DU PSYCHOTHÉRAPEUTE. IL PEUT ÊTRE INEFFICACE, DANGEREUX À SON INSU. — MOYENS DE PALLIER À CE DANGER. — CE QUE PEUT ET NE PEUT PAS LA PSYCHANALYSE. — LA FORMATION DU MÉDECIN PSYCHANALYSTE. — LE CRITÈRE DE GUÉRISON CLINIQUE : L'ÉPREUVE DU TRAITEMENT. — CONCLUSION DE CE CHAPITRE.

Les enfants dont nous parlerons nous ont été pour la plupart, confiés en traitement à l'hôpital Bretonneau par Monsieur le Docteur PICHON, Médecin de la Consultation et psychanalyste lui-même. Il a créé une consultation spéciale — une fois par semaine le mercredi — pour les enfants anormaux, retardés, pour ceux qui présentent des troubles nerveux ou des troubles du caractère. Consultation que connaissent maintenant bien des parents du XVIII^e et surtout les maîtres d'école de l'arrondissement.

Ainsi, quand au cours d'une des consultations journalières de pédiatrie générale se présente un enfant avec des troubles qui semblent relever davantage de la sphère psychique que de la sphère organique, ses élèves avertis le renvoient au mercredi

suivant. C'est dire qu'à côté des enfants qui nous sont conduits d'emblée parce que leurs troubles semblent rentrer dans le cadre de ceux que visent cette consultation spéciale, beaucoup d'autres nous arrivent par la consultation de médecine générale. C'est dire aussi que notre action étant réduite à des entretiens espacés, et dont le temps nous est très limité, la méthode que nous employons n'est pas la méthode psychanalytique classique. Et si, pour d'autres cas, nous avons pu les approfondir davantage, à la faveur de véritables analyses, il nous serait impossible, dans le cadre de ce travail, d'en donner le compte rendu sans fatiguer le lecteur.

Quels critères alléguerons-nous pour asseoir sur des bases scientifiques et objectives ce que nous voulons prouver : d'une part, qu'il s'agit bien du Complexe de Castration dans la pathogénie des cas cités, et d'autre part, que c'est en aidant l'enfant à résoudre heureusement son Complexe de Castration et à liquider son Complexe d'Œdipe corollaire qu'a agi le traitement, et non grâce à une « influence personnelle suggestive ».

A propos du premier point, nous ne pouvons alléguer le critère méthodologique classique, puisque nous l'avons dit, notre temps étant trop limité, nous ne pouvons nous contenter d'attendre passivement le développement des associations. C'est pourtant cette attitude rigoureusement d'expectative et d'observation qui permet l'établissement de points de repères nombreux qui trahissent la trame inconsciente des associations libres dans l'analyse classique.

Chez l'enfant, d'ailleurs, la méthode des associations libres n'est pas possible, on emploie dans les analyses la méthode du jeu, du dessin spontané, de la « conversation » qu'il faut entendre par la provocation des propos variés de l'enfant. Quand l'enfant nous pose une question par exemple, nous ne répondons jamais directement, mais par la même question retournée : « Qu'est-ce que tu en penses ? » et nos propos se contentent de quelques monosyllabes encourageants.

Au cours de nos consultations d'hôpital, nous n'employons pas le jeu qui nécessite une installation dont nous ne disposons pas. Il nous reste donc la conversation, telle que nous venons

de la décrire, au cours de laquelle nous tâchons d'écouter, de regarder, de tout observer sans rien laisser passer (gestes, expressions, mimiques, propos, lapsus, erreurs) et le dessin spontané auquel personnellement, nous recourons beaucoup à la consultation. Par le dessin, en effet, nous entrons dans le vif des représentations imaginatives du sujet, de son affectivité, de son comportement intérieur et de son symbolisme. Celui-ci nous sert après l'avoir tacitement compris, pour l'orientation des « conversations » avec l'enfant, pour le redressement de ses fantasmes imaginatifs vers le sens normal.

Nous ne discuterons pas ici la valeur théorique du symbolisme. Nous renvoyons pour cela aux ouvrages généraux sur la question. Disons seulement que les symboles ne servent pas de clefs de rébus aux psychanalystes comme certains voudraient le croire. L'apparition d'un symbole ne suffit pas en elle-même, pour permettre de conclure qu'il s'agit inconsciemment de ceci ou cela. Il faut le contexte, la situation affective du sujet au moment qu'il l'apporte, les propos dont il l'entoure, le rôle que joue ce symbole dans le jeu, le dessin, le rêve, l'histoire racontée.

C'est par tous ces moyens d'étude dont nous détaillerons la mise en lumière dans les observations qui suivront que nous concluons le diagnostic.

Quant à la seconde question, à savoir que nous agissons bien en attaquant le noyau névrotique dû à l'activité pathologique du Complexe de Castration, il nous faut pour y répondre, exposer notre façon de procéder, lorsque nous décidons une intervention thérapeutique : nous nous servons des mêmes mots que l'enfant. Quand il a employé un symbole ou une périphrase (pour nous psychanalystes, lourds de sens affectif inconscient) nous adoptons ces mêmes symboles et ces mêmes périphrases, dans les propos que nous tenons à l'enfant, mais en veillant à ce que l'erreur soit rectifiée.

Si quelqu'un d'étranger à la Psychanalyse nous écoutait converser avec l'enfant, il croirait bien souvent que nous tenons des propos absurdes, inutiles, que nous racontons des « balivernes », que nous « jouons » en enfant nous même avec

notre petit malade. Il aurait en partie raison, nos propos ne sont pas tels que nous les tiendrions à des adultes. Nous ne cherchons pas à inculquer à l'enfant notre façon de voir, mais seulement à lui présenter ses propres pensées inconscientes sous leur aspect réel. Aussi, nous ne parlons pas un langage « logique », visant à frapper l'intelligence de l'enfant, qui n'est pas logique encore, (ne l'oublions pas) nous voulons parler à son Inconscient — qui n'est jamais « logique » chez personne — c'est pourquoi nous employons tout naturellement le langage symbolique et affectif qui est le sien et qui le touche directement.

La facilité avec laquelle l'enfant se met à penser, à vivre imaginativement avec nous, à nous livrer par ses dessins son monde intérieur, à nous raconter ses rêves que bien souvent il dit à son entourage ne pas se rappeler, à nous avouer des fautes ou nous dire spontanément des secrets qu'il ne dévoile à personne, cette facilité, cette confiance sont la base de notre action thérapeutique : c'est **la situation de Transfert**. Situation d'adhérence affective avec le Psychanalyste qui devient un personnage et des plus importants du monde intérieur de l'enfant pendant la durée du traitement.

En lui-même, le « transfert » ne sert à rien. C'est son utilisation qui donnera ou non un pouvoir thérapeutique à cette nouvelle fixation affective de l'enfant. Le transfert sert au thérapeute pour étudier les réactions affectives du sujet à son égard et en déduire le diagnostic et la thérapeutique à laquelle il recourra. La thérapeutique elle-même n'agira que par le truchement du transfert. Qu'on ne croie pas que le transfert agisse par l'action suggestive du médecin, car la *suggestion nécessite un apport nouveau, intellectuel ou affectif, dans le psychisme d'un sujet*, alors que dans de nombreux cas, même des cas de Psychothérapie, nous n'apportons absolument rien de nouveau.

En effet, si nous donnons aux parents des conseils et qu'ils les acceptent, en grande partie à cause de la confiance en nous que nous essayons de susciter chez eux et qui — à part l'attaque de leurs résistances inconscientes — utilise aussi une certaine dose de suggestion, *notre attitude vis-à-vis de l'enfant* est différente. Dans la plupart des cas, il serait totalement incapable

de rapporter une seule des choses que lui a dites la Doctoresse. Il nous arrive tendu, anxieux, il passe un moment avec nous et s'en va content, de nous avoir vue, parfois calmé, parfois silencieux, ou gai, parfois momentanément un peu plus nerveux qu'à l'arrivée; rarement l'enfant sort de nos entretiens avec « la même expression qu'à l'entrée », et cela est une remarque que nous faisons nous-mêmes, l'enfant aussi quelquefois; en tous cas que l'adulte accompagnateur ne manque pas de faire. Souvent l'enfant seul a parlé, dessiné et nous n'avons fait qu'écouter. D'autres fois, nous avons raconté une histoire qui semble comme toutes les histoires. D'autres fois, nous avons « fait la conversation » et alors, l'enfant peut se rappeler de quoi nous avons parlé, mais difficilement ce que la doctoresse a dit, puisque dans la plupart des cas, nous nous arrangeons à faire dire à l'enfant ce qu'il sait sans se l'avouer. Bref, nous ne lui apportons intellectuellement presque jamais rien de nouveau.

Si nous n'agissons pas par suggestion, alors comment agissons-nous ? A quoi nous sert ce fameux transfert duquel nous ne pouvons, avons-nous dit, pas nous passer ?

Comme on le verra, nous procédons toujours de la façon suivante : nous avons *d'abord un entretien avec la mère* ou les parents, toujours *en présence de l'enfant*, sauf les cas exceptionnels où nous sollicitons un entretien particulier avec la mère en renvoyant quelques minutes l'enfant dans le couloir. Mais jamais nous n'avons cet entretien particulier *après* un entretien privé avec l'enfant.

Pendant que nous parlons à l'adulte, nous en profitons pour observer à la dérobée la façon de réagir de l'enfant. Nous l'avons généralement installé à la table, devant du papier et un crayon, et nous lui disons : « Veux-tu être gentil et me faire un beau dessin, n'importe quoi, ce que tu voudras », l'attitude de l'enfant (et celle des parents suivant la réaction négative de celui-ci ou la façon dont il nous dérange pour nous montrer ce qu'il fait) est déjà pour nous un sujet d'observation intéressant (le dessin lui-même mis à part). Lorsque nous avons obtenu des parents les renseignements utiles, nous leur don-

nous quelques aperçus de notre opinion à priori, de notre façon différente de la leur d'envisager les réactions de leur enfant. Avant plus ample information déjà, nous n'acceptons point l'alternative proposée : maladie ou méchanceté. Nous essayons de provoquer leur confiance et leur promesse de nous ramener plusieurs mercredis leur enfant, selon ce que nous leur demanderons.

Nous prions alors la mère de nous laisser seule avec l'enfant, nous ne le faisons à la première visite que lorsque ni la mère, ni l'enfant n'y opposent de résistance. Dans le cas contraire, nous ne brusquons pas, nous disons que nous trouvons tout naturelle leur méfiance et nous demandons seulement à la mère de rester en témoin rigoureusement muet de l'entretien que nous amorçons avec l'enfant. Actuellement, à la consultation de Bretonneau, les réactions méfiantes des parents à ces entretiens particuliers sont excessivement rares, car l'habitude s'est prise et les mères s'en avertissent les unes les autres à la salle d'attente. Ainsi préparées, les nouvelles venues trouvent cela tout naturel. En tout cas, si à la première consultation, l'enfant s'est montré réticent et la mère méfiante, je n'ai jamais vu qu'à la seconde séance, la mère ou l'enfant fissent une difficulté à se séparer, au contraire. La mère le propose d'elle-même la plupart du temps.

Ceci dit pour le point de vue pratique de nos entretiens.

Ajoutons que *lorsqu'il s'agit de Psychothérapie*, aucun médecin ne peut se contenter d'observer, afin de faire son diagnostic, tout le temps qu'il juge nécessaire; les gens demandent à être soignés, et c'est déjà beaucoup qu'ils acceptent de s'en aller sans note de radio, sans ordonnances, sans remèdes (calmants ou glandes), sans régime, bref sans preuves tangibles qu'ils aient « été au docteur ». Il faut donc au moins leur parler, les munir de conseils précis qui provoqueront s'ils les appliquent, un progrès si léger soit-il dans le comportement de l'enfant, grâce à quoi on aura confiance en nous et on nous le ramènera.

C'est dire que nous sommes *obligés à une action thérapeutique dès le premier jour* avant même de savoir exactement les détails du cas. Le bon sens est la réserve de notre

arsenal thérapeutique à priori. Il n'a rien de Psychanalytique en soi. C'est la base des psychothérapies conscientes, c'est-à-dire des méthodes de nos confrères non Psychanalystes.

A ces moyens de psychothérapie qui font appel au Conscient, nous ajoutons l'attaque des résistances inconscientes de l'entourage, quand le Moi de l'enfant se confond avec le monde extérieur (3-4 ans) de l'entourage et du sujet lui-même après la formation du Sur-moi distinct du Moi (après 7-8 ans).

Cela nous est possible grâce au prestige que nous confère notre autorité de médecin qui ose parler aux parents et tout haut, devant l'enfant de sa conception pas forcément semblable à la leur sur les troubles dont ils se plaignent.

Les parents n'ont en effet que deux attitudes devant des symptômes psychiques ou névropathiques. Ils allèguent, soit une *maladie*, une anormalité physique ou morale de l'enfant, soit *sa mauvaise volonté*, sa paresse, sa méchanceté volontaire. La première de ces interprétations ôte toute responsabilité au sujet, la seconde le charge de toute la responsabilité. Ces deux attitudes *aussi fausses l'une que l'autre* ont pour conséquences d'ancrer davantage l'enfant dans le cercle vicieux de ses symptômes névrotiques.

La première augmente les sentiments d'infériorité du sujet en les légitimant en quelque sorte et blesse son amour propre par le sentiment d'être « anormal ». De plus, en désarmant l'enfant pour la vie saine, elle permet au symptôme de toucher son but : la fuite devant l'angoisse de la lutte, et elle amorce les névroses caractérisées par le refuge dans la maladie.

La seconde attitude de l'entourage, par le retrait d'amour et l'incompréhension des adultes qu'elle comporte, *provoque des sentiments de culpabilité* conscients liés au symptôme et l'enfant essaie de le surmonter. Or celui-ci répond à un besoin inconscient, il découle d'une pulsion interdite bloquée ou refoulée dont l'énergie doit coûte que coûte trouver un moyen d'expression. Aussi, après une disparition momentanée du symptôme, réapparaît-il fortifié dans les proportions mêmes où il a été attaqué, donc d'autant plus fort que l'enfant a plus de volonté et de sensibilité; ou bien, l'énergie refoulée trouve

à se traduire par un autre symptôme, mieux toléré par les parents et par le Sur-moi de l'enfant. Malheureusement, de même que les éducateurs, les médecins, les psychiatres font habituellement chorus avec les parents, soit verbalement en essayant d'intimider l'enfant, alors qu'ils sont investis à son égard de la toute-puissance accordée « au docteur », soit de fait en ordonnant des remèdes. Le médecin prend parfois une troisième attitude encore plus désespérante que les autres pour les parents et les enfants. Après avoir écouté et donné des remèdes variés, à l'efficacité desquels il ne croit pas lui-même, il dit « Et puis, soyez tranquille, ce n'est rien, c'est nerveux », ce qui équivaut en fait à dire : « Je n'y comprends rien et cela m'est indifférent ». Alors que s'il n'y comprend rien, il n'a pas humainement le droit de se désintéresser d'un malade. Il pourrait, au moins, devant l'échec d'une thérapeutique organique, chercher à aiguiller le malade sur un confrère qu'il sait sincère, et qui lui dit avoir des chances « d'y comprendre quelque chose ».

Illustrons — par 2 cas successivement confiés à des confrères non avertis de psychanalyse, puis à nous-même — ce que nous venons de dire. Comparant les résultats cliniques des deux attitudes dont nous venons de parler et des méthodes thérapeutiques accoutumées qui en découlent, avec nos propres résultats obtenus, grâce à l'attitude psychanalytique et à la thérapeutique corollaire.

La première attitude (des parents et du médecin) — nous l'avons relatée dans le cas extrêmement simple de *Josette* que nous avons exposé dans l'introduction. Or, en fait de maladie organique, de quoi s'agissait-il ? ¹

Les parents avaient décidé de chasser *Josette* de leur intimité. Du moins, telle était l'optique de l'enfant. Cela, ressenti comme un retrait d'affection et coïncidant avec l'éveil des intérêts dans la vie et du Complexe d'Œdipe devait aboutir à condamner pour *Josette* son développement, cause de ce retrait d'amour. Tout ceci n'est pas conscient, bien entendu, mais *est ressenti*.

(1) Voir page 13.

L'angoisse traduit l'inquiétude du changement dont elle a entendu parler sans qu'on lui en ait fait part — à elle, la principale intéressée — c'est-à-dire « comme si » elle ne devait pas le comprendre. En effet, elle s'est refusée à prêter attention à l'achat du divan; mais la pulsion de révolte contre le *déplaisir* d'être privée de papa et maman se traduit par les symptômes de *négalivisme*, (Josette devient *contre* le sommeil, la nourriture, les intérêts précédents, et les jeux) *et par le retour à un stade antérieur* de l'évolution libidinale que traduit l'énurésie. L'enfant, privée d'amour, (du moins à ses yeux), dépérit.

La compréhension de la psychanalyste s'est portée d'abord par la question : « Où couche-t-elle ? », en plein cœur du sujet, brûlant, pour un enfant de 3 ans 1/2 qui amorce son complexe d'Œdipe. Puis, son hypothèse confirmée, la psychanalyste, sachant que le renoncement à un plaisir ne se peut accepter qu'en échange d'un autre, a montré à l'enfant qu'elle comprenait son conflit en lui permettant de traduire sa peine et de l'éprouver sur le plan normal.

Josette souffrait vraiment d'abandonner la situation privilégiée de « petite enfant ». Si nous prenions au sérieux ce gros chagrin d'enfant, c'était pour en discuter la valeur avec le *Moi* de Josette. Nous lui apportions la possibilité d'accepter le renoncement imposé, grâce à des promesses de plaisirs inconnus pour elle et qui s'accordent avec le droit à son développement au lieu de l'entraver : « le sacrifice que t'impose la réalité (tes parents, ton âge) te vaudra des avantages nouveaux que tu ne connais pas encore « être aimée comme une grande fille dont papa sera fier; aller à l'école ».

Nous avons vu comment l'enfant abandonna ses symptômes, *à partir du moment où la résistance inconsciente* à admettre la souffrance du renoncement, *devenait inutile*, et comment le développement, un moment compromis, reprit son cours normal. Le rôle du transfert est visible, et une fois rétablie, c'est l'enfant elle-même qui demanda à sa mère d'aller l'annoncer à la doctoresse, ce dont la mère se serait personnellement volontiers abstenue.

Pour illustrer la seconde attitude des parents et des médecins, je citerai le cas d'un enfant de 11 ans, *Jean*, second et dernier enfant d'une famille qui comprend le père, la mère, et une sœur de 14 ans, bien portants tous les trois.

Jean est amené par sa mère à Bretonneau, pour sa nervosité et des troubles graves du caractère.

Devant le Docteur PICHON, il se montre incapable de rester immobile, présente des mouvements des doigts, des mains, des grimaces de la face, il se mange les lèvres, cependant ce ne sont pas des mouvements choréiques vrais. De plus, devant le Docteur PICHON, il montre une grande difficulté à s'exprimer, difficulté pour laquelle on conseille, outre une psychothérapie, une rééducation de parole. Or, le symptôme disparut ensuite devant sa mère et moi, il n'apparaissait qu'en présence d'un homme.

Jean présente depuis sa petite enfance de l'instabilité. Le voyant grandir sans guérir de ce défaut, dont le maître d'école se plaignait aussi, les parents se lassaient de constater, malgré leurs remontrances, que Jean ne se corrigeait pas. Il était toujours en mouvement, ricanant, taquinant sa sœur, occupé à gratter, à démolir les meubles, à ronger ses ongles, à dépecer ses vêtements et incapable de s'appliquer à ses devoirs de classe.

On acheta un martinet et sous la menace, on obtint (enfin, disent-ils) de temps à autre, 1/2 heure de tranquillité. Les parents furent satisfaits de ce résultat. La méthode du martinet prit pied dans la maison. « Puisque c'est ainsi qu'il faut te traiter ». — Au dire de la mère : « Le père a toujours le martinet à la main ».

Le résultat ne se fit pas longtemps attendre. Jean était un gentil enfant jusque-là on ne lui reprochait que son instabilité. Il devint de plus en plus nerveux. Les tics apparurent, puis par périodes de plus en plus rapprochées, Jean se montra provocant, menteur, taquin, grossier, impertinent. Parallèlement, le martinet de plus en plus actif, ne menaçait plus, mais frappait. Des réactions plus graves s'amorçèrent, menus larcins, méchancetés et brutalités graves envers les camarades, désobéissances qui auraient pu être dangereuses lors des sorties de l'ouvrier.

L'enfant est d'une sensibilité charmante, et bien qu'il n'avouât pas ses remords à l'entourage sévère, son instabilité continuelle condamnée par les parents, lui avait semblé très coupable. La famille de Jean est très croyante et lui-même très pieux. Son attitude de méchant enfant ulcérait sa conscience.

Les symptômes contre lesquels il luttait consciemment dis-

paraissaient, mais faisaient place aux tics silencieux, moins gênants pour les parents; mais la maîtrise de la pulsion agressive que traduisait cette volontaire et relative immobilité, provoquait un renforcement de la pulsion agressive d'où les éclats soudains — à la fois décharge bienfaisante pour l'inconscient, et coupables pour l'instance moralisatrice : le Sur-moi. « JE ne voudrais pas être méchant. C'EST plus fort que MOI » (ici, *Je* c'est sa conscience, son *Sur-moi*).

Comment le Moi de Jean se tire-t-il du conflit ? En cherchant à se faire battre, ce qui apaise l'angoisse de la culpabilité. C'est la provocation du père « fouettard » de la mère intransigente et — en l'absence des parents sévères — avec le maître d'école, et la cheftaine également indulgents, la nullité des résultats scolaires et les dangers encourus. Cela signifie que lorsqu'il ne peut se faire battre physiquement, Jean cherche à se faire battre moralement par les autres élèves en classe et à risquer un accident qui l'amoinvrirait physiquement.

On voit jusqu'à quel degré on peut augmenter l'intensité des symptômes névrotiques par une attitude incompréhensive.

Dans le cas de Jean, un médecin connu, que je ne nommerai pas, psychiatre d'enfants, avait lui aussi abondé dans l'interprétation des parents. Après avoir vertement sermoné Jean sans arriver à en tirer un mot ni une larme, il avait conseillé sérieusement aux parents, en présence de l'enfant de le mettre dans un asile ou une maison de correction privée pour anormaux pervers. Peut-être était-il de bonne foi, peut-être voulait-il intimider l'enfant, toujours est-il que, sans rien dire de plus aux parents, il les renvoya tous trois après ce verdict. C'est la cheftaine de Jean, assistante sociale du D^r PICHON à Bretonneau, qui conseilla aux parents très inquiets, de prendre encore l'avis du D^r PICHON avant d'arrêter leur décision. C'est ainsi qu'il nous fut confié.

La mère nous raconta tout ce que nous venons de relater. Nous écoutions sans aucune passion, et nos premières paroles à Jean furent à la fin de l'interrogatoire de sa mère : « Est-ce vrai tout cela ? » et comme, buté, narquois, il ne répondait pas, nous ajoutâmes : « Pauvre Jean, comme je te plains, comme tu dois être malheureux ». A la stupefaction de la mère, Jean, le « pervers inintimidable » éclata en sanglots.

Devant un tel tableau, quelle est alors notre attitude ? D'abord comprendre de quoi il s'agit, voir clair dans cette symp-

tomatologie beaucoup plus compliquée que dans le cas de Josette.

En effet, chez Josette, il y avait menace, non pas du Sur-moi, mais du monde extérieur contre le Moi, lui-même d'accord avec Le Ça (les instincts).

Chez Jean, le conflit avec le monde extérieur est compliqué par celui du Moi avec le Ça d'une part et avec le Sur-moi personnel d'autre part (Jean est très pieux). Et c'est toujours ainsi dans les cas des sujets de plus de 6 à 7 ans, âge où se forme la « conscience morale ».

Il faut donc, derrière les réactions secondaires que nous avons mises en lumière ci-dessus, trouver la cause originelle de cette nervosité primitive qui avait précédé l'ingérence du martinet paternel. Car c'est en la mettant en lumière et en permettant une autre attitude du Moi de Jean vis-à-vis d'elle, qu'on pourra remplacer l'instabilité — fuite symbolique — par la prise de conscience d'une souffrance réelle jugée trop douloureuse pour le sujet, au moment qu'il en avait eu la révélation première, et qu'il avait refusé de regarder et d'admettre.

Jean a 10 ans. Il est donc en période de latence¹. Mais ses symptômes traduisent un conflit actif. Lequel ?

Avant d'entrer en période de latence, *a-t-il vécu son Complexe d'Œdipe ?* Sans doute l'a-t-il essayé, mais il ne l'a pas résolu, nous en avons la preuve par le symptôme de la difficulté d'expression devant un homme, substitut du père laquelle prouve l'agressivité refoulée et inconsciemment projetée sur les hommes qui deviennent dès lors pour l'esprit de l'enfant magiquement dangereux.

Jean a régressé au stade anal, agressivo-captatif, afin de traduire d'une façon quelconque l'énergie liée aux affects œdipiens refoulés. C'est ce qu'expriment les alternatives d'explosions agressives accompagnées de propos grossiers et d'attitudes passives repentantes et masochistes vis-à-vis des parents et des camarades de classe. Ce comportement est caractéristique de l'ambivalence du stade prégénital agressivo-captatif dit sadique anal.

(1) M. PICHON l'appelle la période de décharnalisation.

Mais Jean a atteint le stade phallique, œdipien, et a dû régresser, devant la menace de Castration, venue du père, et l'amplification de l'angoisse qui en a dérivé par la grand'mère, la mère et la sœur.

En effet, il me dit qu'il aime dessiner les bateaux, surtout de guerre, mais qu'il ne peut pas dessiner les canons, les mâts, la cabine du commandant et les projecteurs (symbolisme phallique). Il me dit aussi que sa sœur lui interdit de se balancer sur une chaise et qu'elle le fait bien, elle, quand maman ne la voit pas : ceci symbolise l'interdiction de la masturbation.

Quant à la mère, elle avoue elle-même qu'elle interdit à son fils de lui cacher la moindre de ses pensées. Ce serait le plus grand chagrin qu'il pourrait lui faire.

Un jour, il avait rapporté en cachette des illustrés prêtés par des camarades. Quel drame ce fut ! car elle « trouve horrible les histoires de bandits, de revolvers et d'aventures qu'il y a dans ces sales journaux ». Quel ne fut pas son chagrin un jour récent où Jean a volé dix sous sur sa cheminée pour acheter lui-même en cachette un de ces illustrés. Plusieurs fois, il lui a caché ses mauvaises notes.

Après quelques entretiens avec Jean, j'ai demandé à sa mère, s'il avait ce qu'on appelle des « mauvaises habitudes ». La pauvre femme en rougit de honte et me répondit : « Plus maintenant, heureusement que je lui ai fait passer cela, mais il y a 2 ou 3 ans, cela nous inquiétait. C'est alors que nous nous sommes aperçus qu'il était nerveux. Mais il a compris, et il ne le fait plus jamais. Il a quelquefois maintenant une sorte de tic pour se gratter en se trémoussant dans sa culotte qui me fait honte, c'est peut-être la raison qui vous fait demander cela ? »

Au cours d'un des entretiens, celui où Jean m'avoue son impossibilité de dessiner ce que je sais être des symboles phalliques, je fais une allusion à la masturbation défendue. Il me répond « oui, quand j'étais petit... (et enchaîne immédiatement) : mais grand'mère a tellement peur de tout, elle croit que je suis un bébé et ne veut pas que je traverse les rues seul, elle dit que je vais me faire écraser » (sic).

Nous voyons donc bien ce qui s'est passé il y a 2-3 ans, au moment de la régression violente de la masturbation signalée par la mère.

A ce moment, Jean, en plein dans le stade phallique accompagné de ses fantasmes œdipiens (bateaux de guerre sur la mer) s'est vu interdire ses fantasmes masturbatoires ambitieux et

agressifs au nom du danger de mort (traverser les rues) et du retrait d'amour de sa mère (cacher quelque chose). Les sentiments d'infériorité et de jalousie vis-à-vis du père dont il ne peut imaginer l'organe (cabine du commandant, canon, projecteur), l'ont obligé à l'attitude **instable** vis-à-vis de *tous les problèmes, de toutes les activités*.

Il s'est désintéressé devant l'angoisse de mort et celle de perdre l'affection de sa mère, de son activité phallique, mais il a régressé au stade agressif, sadique et masochiste qui caractérise la phase dite anale du développement.

Si l'entourage avait toléré l'établissement tranquille de Jean dans cette attitude en lui permettant des satisfactions s'y rapportant : gagner quelques sous, être libre de dépenser son trésor à sa guise, manier des revolvers Eurêka et se passionner pour les aventures de guerre ou les romans policiers, Jean n'aurait jamais fait figure d'enfant névrosé — socialement parlant, bien que sous l'influence de la poussée pubertaire, le problème de l'Œdipe non résolu se fût sans nul doute de nouveau présenté et sous une forme très difficile à résoudre, d'après ce que nous savons de l'entourage.

La NÉVROSE FAMILIALE, voulut que ces satisfactions sur le mode régressif sadique anal lui furent aussi refusées. Il n'y avait plus qu'une seule issue, la névrose. Nous venons de prononcer le mot de « névrose familiale ». En effet, nous rencontrons dans plus de 50 % des cas d'enfants névrosés, un *comportement névrotique des parents ou de l'un des parents*.

Dans le cas de Jean, il s'agit d'une *mère du type des femmes cornéliennes*. La situation matérielle est très modeste. La mère ne travaille pas, mais tient sa maison. Les enfants sont élevés à l'école communale, mais dans la tenue et les manières de la mère autant que du fils, on a l'impression de gens d'une bonne bourgeoisie, plus que de petits employés. La mère s'interdit toutes joies, toutes concessions de faiblesse. Elle est, naturellement, *frigide* et bannit volontairement tout intérêt pour la question sexuelle qui la dégoûte, *la grand'mère de Jean, qui semble être une grande anxieuse*, gâtant sa fille et ses petits-enfants, mais inquiète de tout, affolée devant les moindres risques inhérents à la vie. « Quand ma mère vient chez nous, nous sommes tous détraqués le soir, y compris mon mari, qui le devient à nous voir de la sorte. »

Quant à *la sœur de 14 ans*, la mère me dit qu'elle a eu une seconde

enfance agressive et révoltée, puis brusquement, depuis 2 ans, elle a changé complètement. Elle est devenue très gentille, mais elle est peureuse, à la *phobie de sortir seule*, manque de confiance en elle au plus haut point, ç'en est maladif, et elle a vis-à-vis de son frère, une attitude vindicative et sourde. « Elle ne lui passe rien, elle s'acharne après lui qui est tout pareil à ce qu'elle était elle-même auparavant. »

Le père est aussi un grand nerveux, dit la mère. Crie pour tout, et nous le savons, il « a toujours le martinet à la main ».

Dans un cas comme celui-ci, quand nous l'avons compris, *que pouvons-nous faire ?* Le mieux serait d'analyser la mère, mais nous n'y songeons pas. Elle est satisfaite et a sa compensation par l'idéal moral et social élevé qu'elle atteint. De plus, *séparer Jean de sa famille* lui serait pénible, car il aime sa mère comme un bébé féroce et câlin tour à tour, bien que les instants où il recherche ses câlineries soient rarement récompensés d'une caresse, car la vertu ne passe pas l'éponge sur les reproches accumulés. Une séparation *le ferait souffrir inutilement et ne résoudrait rien.*

Nous pouvons *établir un fort transfert* affectif, grâce auquel nous attaquerons les résistances du *Sur-moi*. Le transfert établi, nous permettons au Moi d'envisager les attitudes réactionnelles ambivalentes vis-à-vis de nous-même. Par exemple : de penser des choses désagréables, des injures grossières pour la doctoresse, mère phallique, après avoir pensé juste le contraire. Cela, nous le laissons entrevoir comme quelque chose de naturel qui ne change pas les rapports cordiaux qui existent en réalité entre lui et nous. Quand il nous avoue un fléchissement dans un effort, nous le plaignons, s'il oublie de nous apporter des dessins et s'en montre affecté, nous lui disons que nous nous y attendions un peu. Ce serait trop beau si tout allait bien, il a encore des remords à payer.

S'il nous parle d'incidents familiaux, nous essayons de lui *montrer la part de ce qu'il a de projeté, ce qu'il y a d'objectif* dans son interprétation de l'attitude des autres.

Un jour marqua un grand progrès, celui où il me dit : « Maintenant, quand je sens que maman est très nerveuse, je ne dis rien et je me dis, c'est comme pour moi, ça doit être plus fort qu'elle. Alors, ce n'est pas de sa faute, mais avant, je croyais toujours que c'était à cause

de moi, des soucis que je lui donnais. Justement, cette semaine, pour moi, ça marchait épatamment à la maison et en classe. Le maître m'a fait compliment et a dit à maman que je n'étais plus le même. Alors j'ai compris que maman était quelquefois nerveuse pour autre chose que pour moi ». Ce jour-là, Jean me parla de ses dessins, et me demanda si je voudrais lui montrer à dessiner ce qu'il ne savait pas faire sur les bateaux de guerre ? Inconsciemment, c'était extrêmement important. Je lui répondis : « Tu sauras sûrement tout seul quand tu sauras regarder *comment c'est fait en réalité*. » — « Eh bien, je vous l'apporterai et peut-être qu'avec vous, là, j'y arriverai. » A quoi je répondis : « Ce « sont des choses qui intéressent les garçons. Tu les dessineras bien « mieux que moi, mais tu n'oses pas le croire, comme si tu pensais « qu'un enfant ça doit être moins habile et plus bête qu'une grande « personne, parce que c'est moins vieux ! Si j'avais ton âge, je serais « une petite fille et c'est toi qui me montrerais tout. »

Naturellement, comme il faut nous y attendre, *dès que les symptômes gênants pour les parents disparaissent, on cesse de nous amener les enfants*, et pour Jean, malgré l'avis favorable du maître d'école, la mère prend prétexte de ce que la consultation lui fait manquer la classe, une matinée, pour ne plus nous l'envoyer dès que cela va bien à ses yeux, c'est-à-dire quand il est « sage ».

Jean, pourtant, s'il est amélioré, est loin d'être guéri. La preuve en est qu'une bonne journée passée tout entière avec son père, pour la première fois de sa vie, devait le lendemain entraîner une réaction agressive.

Un autre fait significatif du conflit Œdipe-Castration non liquidé est le suivant : son maître, pour le récompenser de ses efforts scolaires lui fit cadeau d'un couteau de poche. Quelle joie ! — Oui, mais le lendemain, Jean perdait le couteau. Désespoir, retour sur les lieux de la promenade, impossibilité de retrouver l'objet ! Jean était abattu, découragé, et surtout tremblant que le maître ne se fâche en s'apercevant qu'il avait fait si peu de cas de son cadeau. (C'était l'intention coupable inconsciente). Le maître, quand il l'apprit, au lieu de gronder Jean, lui dit : « Eh bien, si par tes notes d'un mois, tu le mérites, je t'en donnerai un autre. »

Par bonheur, le père et la mère n'avaient pas grondé Jean de cette perte trop frappés qu'ils étaient par la violence du chagrin qui le bouleversait.

Jean, par l'attitude nouvelle de son entourage (les parents ont repris espoir) et surtout par les satisfactions d'amour-propre qu'il obtient à

l'école et aux louveteaux, a pu trouver quelques compensations à l'état d'infériorité et de tutelle sévère où le maintient sa famille.

Par cet exemple détaillé, nous montrons le but que nous nous proposons. C'est d'être impartial et d'aider l'enfant à trouver un moyen d'expression des pulsions refoulées en apaisant sa culpabilité et en l'adaptant aux exigences moyennes de son entourage et de son éthique personnelle, tout en satisfaisant le mieux possible aux exigences légitimes de sa libido.

On voit donc, dans ces deux cas, dont l'un est des plus simples (Josette) et l'autre, des plus compliqués (Jean) sur quoi s'étaie notre attitude différente de celle qui est é généralement prise par les parents et les médecins.

Dans le cas de Josette, l'hypothèse d'une étiologie organique ne cadrerait pas avec l'absence de fièvre et la complexité de la symptomatologie. La réapparition de l'*énurésie* d'ailleurs, à elle seule, signalait une grave régression affective actuelle.

Dans le cas de Jean, le simple fait de prendre à son égard une attitude de « sympathie » a suffi à bouleverser son rempart d'insensibilité destinée à lutter contre l'attitude moralisatrice qu'il s'attendait à nous voir prendre.

Quand les parents nous rapportent les incartades de leurs enfants méchants, vicieux, paresseux, impertinents, etc. Nous ne donnons pas tort aux parents, nous nous contentons d'écouter attentivement, de faire préciser les circonstances, sans faire écho à leurs lamentations, ni à leurs reproches. Notre attitude bienveillante vis-à-vis de l'enfant ne se départit jamais. Chacune de nos réactions, de nos mimiques, de nos paroles, de nos gestes, sont volontairement soit neutres, soit orientées dans le sens thérapeutique. Nous ne blâmons jamais. Nous cherchons à comprendre la raison économique (c'est-à-dire plus avantageuse vis-à-vis du principe du plaisir) qui pousse un être humain à se dresser contre les autres, à vivre en mauvaise intelligence avec son entourage immédiat, ce qui n'est pas dans la logique de l'Homme, animal social par excellence.

Si l'enfant a conscience d'avoir mal agi, il se sent ou non, coupable à bon escient. *Dans ce cas*, il peut y avoir exagération

de *scrupules*, ou au contraire, *manque de jugement*; nous essayons de revivre avec lui l'épisode socialement blâmable, et de juger avec son optique, afin de comprendre pourquoi sa réaction a été mal adaptée. Alors, nous pouvons lui expliquer pourquoi il ne peut inconsciemment assumer la responsabilité de son acte, ou au contraire, pourquoi il se doit inconsciemment une sévérité hors de proportion avec la morale de son milieu.

Dans des attitudes sociales (bouderies, fanfaronnades, impertinences) qu'on reproche à l'enfant et qu'il affecte de prendre aussi en face de nous, nous pouvons presque toujours lui montrer qu'il proteste ainsi contre des interdictions qui n'en sont pas, ou qui n'en étaient qu'autrefois lorsqu'il était tout petit; ou bien qu'il *cherche à se faire punir*, afin d'apaiser l'angoisse de désobéir à sa conscience, qui bien souvent et chez les plus « méchants », est une conscience anormalement sévère.

Ainsi, l'on *sape peu à peu la solidité des barrières névrotiques et des mécanismes de défense de l'enfant*, destinées primitivement à le protéger, et qui en fait, le tiennent prisonnier.

Pour un « mieux être » subjectif de quelques semaines, de quelques mois ou de quelques années, qui se placent (en ce qui concerne les névroses basées sur le Complexe de Catration) dans l'intervalle compris entre 3 et 6 ans, l'Inconscient de l'individu est le théâtre d'une répartition des forces libidinales selon un certain schéma qui servira de plan à l'édification définitive de sa personnalité.

On peut assimiler à un champ magnétique électrique l'ambiance affective que crée un être (en l'occurrence la mère). L'Inconscient du nouveau-né devra s'adapter, pour chacune de ses manifestations libidinales (idées et actions), à ce champ affectif afin de disposer toutes ses possibilités selon le plan de moindre résistance, c'est-à-dire dans le sens des lignes de forces préexistantes. Mais, dans cette comparaison, ce n'est pas à la limaille de fer, mais bien plutôt à une source de courant électrique qu'il faut assimiler l'Inconscient du jeune être humain, car la limaille de fer est inerte et seulement conductrice d'électricité tandis que l'Inconscient est vivant, donc riche de dynamisme.

La richesse de l'Inconscient lui vient d'abord du germe,

issu de la fusion des 2 cellules germinales nées du père et de la mère et qui apportent avec elles — en puissance — des forces libidinales et des possibilités de les extérioriser qui sont héréditaires et inchangeables. Sa richesse lui vient encore des conditions de la vie somatique dès les premières heures, même intra-utérines, et, dès la naissance, de la qualité alimentaire de la nourriture qui lui sera fournie. Viennent ensuite mille influences, agissant par leur présence seule, et par le rôle complexe qu'elles jouent dans la formation des nourritures matérielles et spirituelles, auxquelles le jeune être physique et psychique s'alimentera. J'ai nommé le climat, la nourriture, les conditions de vie, le confort, le milieu, les caractéristiques ethniques, les sonorités et le rythme du langage, la religion, les croyances, le folklore, l'art et l'artisanat national et local. Bref, tout un ensemble *préformé* indépendant de l'affectivité personnelle de la mère, et qu'on pourrait appeler le Sur-moi social collectif.

De plus, à l'ambiance affective de la mère, à laquelle le nouveau-né est entièrement soumis, s'ajoute bientôt l'ambiance affective des autres personnages de l'entourage immédiat et constant, la famille. Les Inconscients de ces êtres, réunis entre eux, réagissent les uns sur les autres, aussi ce n'est pas au champ magnétique d'une seule source d'électricité, mais à celui qui serait produit par l'interférence des influences magnétiques de sources différentes qu'est soumis dans cette comparaison l'Inconscient de l'enfant, dont le propre Inconscient est assimilable lui-même à un courant électrique.

Nous avons voulu donner par cette comparaison une idée des éléments qui concourent à *la synthèse vivante et originale que représente tout être humain*. L'être psychiquement NORMAL est une entité schématique inexistante en soi, tout autant que l'être physiquement normal. Il existe des êtres sains et des êtres malades, entre les deux, toute une suite ininterrompue d'êtres plus ou moins bien portants.

La santé peut exister chez un organisme apparemment fort tout autant que chez un organisme apparemment faible. Elle ne se mesure pas à la quantité des échanges anaboliques et cataboliques, variables selon l'individu, mais au métabolisme.

Celui-ci est un rapport caractérisant la physiologie de cet organisme et il en traduit l'équilibre. La santé est un résultat d'adaptation organique. Elle sera d'autant meilleure qu'il y aura une marge qualitative et quantitative plus grande laissée aux conditions optima d'ingestats et d'excretats pour un métabolisme fixe.

Pour prendre une autre comparaison ¹ dans la physiologie : la santé humorale que traduit la fixité du PH dépend de la Réserve alcaline. Celle-ci peut encore s'appeler l'assurance du libre jeu des réactions humorales cliniquement muettes, nécessaires à entretenir l'équilibre physiologique constamment attaqué dans sa proportion ionique dans un sens ou dans l'autre.

Si l'on applique ces comparaisons au domaine psychologique, on dira qu'un être est en *bonne santé mentale* quand son comportement intime et publique et reste semblable à lui-même en le satisfaisant, quelles que soient les conditions morales que cet être ait à subir.

On a dit que le Psychanalyste ne trouvait pas un seul être normal, et on a raison, si on entend par normal un être « comme tout le monde ». Un tel être n'existe pas et n'existera jamais. Fruit stérile de statistiques, il vit entre les pages d'un livre, consigné dans des registres, mais qui l'a vu ?

Ce qui existe, ce sont des êtres dont l'adaptation à la réalité est plus ou moins parfaite, ce qui traduit leur équilibre physiologique, affectif et psychique plus ou moins solide devant les épreuves de la vie.

Remarquons que la santé et l'équilibre ne sont pas l'apanage exclusif et obligatoire des êtres arrivés au dernier stade du développement libidinal humain, le stade génital oblatif. Tout dépend de l'entourage qui forme l'ambiance affective du sujet, et de ses possibilités libidinales propres. Le principe essentiel de la bonne santé morale, c'est un *accord* entre le degré d'affectivité du sujet et celui de l'ambiance. Il est évident qu'un

(1) Loin de nous la pensée d'assimiler, par ces comparaisons la physiologie à la psychologie. Ce sont des images commodes que nous n'employons ici que pour illustrer notre pensée. Un grand fossé sépare pour l'observateur les maladies organiques des maladies mentales. Les premières « se voient ». Les secondes ne peuvent qu'être « inférées » d'après le « jugement » que l'observateur se fait sur le comportement du sujet. Ce comportement étant lui-même le résultat d'un « jugement » du sujet par rapport à ce qu'il « sent ».

être humain qui approche ou atteint par son développement libidinal inconscient le stade génital oblatif, conserve plus aisément qu'un autre, son équilibre, quelque soit le niveau affectif de l'ambiance, car il réagit aux désaccords qu'il ressent d'une façon rationnelle. Du *point de vue Psychanalytique*, on ne peut donc pas dire que la souffrance morale soit en elle-même une preuve de névrose, elle n'est qu'une preuve de *désaccord* affectif. C'est la façon *pratique* dont le sujet y réagit qui s'appellera réaction normale ou réaction névrotique, la réaction normale étant celle qui permet à la personnalité de conserver l'*intégrité et le libre jeu de ses forces vives*.

*
**

La Psychanalyse nous permet de comprendre chez Tout individu, qu'il soit psychosé, plus ou moins névrosé ou sain, les éléments dont il est composé affectivement et la « logique subjective » de son comportement, souvent point logique du tout. Elle permet encore, à l'aide du transfert, dans la situation thérapeutique, d'étudier les mécanismes inconscients du sujet, son comportement vis-à-vis du Psychanalyste, participant de celui qu'il a naturellement vis-à-vis de quiconque.

La mise au jour du déterminisme archaïque et périmé de ses réactions qui caractérise leur non-adaptation à la réalité, permet au sujet de refaire lui-même une synthèse différente et mieux adaptée, avec les éléments qui étaient en lui à son insu et dont il devient conscient par l'analyse du transfert (c'est-à-dire par l'étude poussée des raisons de son comportement affectif vis-à-vis de son psychanalyste).

Une Psychanalyse en elle-même n'a jamais rendu un être plus sain qu'avant; elle le met seulement sur la voie de le devenir après le traitement, par un travail de synthèse personnelle qui lui reste à faire quand sont entièrement disparus les mobiles inconscients qui ont tenu le patient lié pendant la durée de son traitement psychanalytique à tout ce qui l'entourait, en particulier, à son médecin. Ce travail de synthèse peut être plus ou moins amorcé au cours du traitement quand

le psychanalyste est doué d'une quantité appréciable de libido génitale, grâce à laquelle il n'éprouve pas inconsciemment d'angoisse à sentir son analysé atteindre son épanouissement affectif, même si celui-ci dépasse le sien propre.

En tout cas, l'analyste ne peut conduire son analysé à un point du développement psycho-affectif auquel lui-même n'a pas encore atteint. De même, le médecin ne peut pas, dans bien des cas, faute de possibilités libidinales fondamentales chez l'analysé, l'amener, en fin de traitement, à un développement psycho-affectif achevé.

On nous objecte souvent que nos traitements sont extrêmement longs et par ce fait même, coûteux. C'est exact, et toutes les expériences véritablement psychanalytiques, c'est-à-dire de traitements basés sur la reconstruction de sa personnalité par le sujet lui-même, auquel le médecin ne prête que sa présence affective de « témoin réactif » sensible, passif et impartial, sont nécessairement longues. C'est parmi ces traitements seulement qu'on peut compter des guérisons parfaites et définitives quelles que soient les conditions ultérieures de vie affective du sujet.

Pourtant, au cours des traitements et souvent dès le début, le sujet se sent plus heureux, certains de ses symptômes peuvent même disparaître très rapidement. Ne nous y trompons pas; cette guérison n'est qu'apparente. Elle est l'effet du « transfert sur le médecin ». La place importante que le Psychanalyste et la Psychanalyse prennent dans la vie de l'analysé et qui est un « moyen » du traitement, affaiblit certaines réactions névrotiques du sujet, parce que son attachement même au médecin accapare une somme de libido dès lors détournée de ses fixations précédentes. Cet attachement lui-même est d'ordre névrotique, c'est-à-dire non rationnel, puisqu'il n'est basé sur aucune raison valable, autre que la confiance à priori en quelqu'un qui doit vous guérir. Cette confiance peut être étayée sur des faits cliniques probants, sur une sécurité intellectuelle fondée, mais cela n'explique pas la « modalité » des relations affectives qui, dès le premier con-

tact entrent en jeu dans l'attitude du malade vis-à-vis du médecin.

On peut admettre qu'il y a *guérison virtuelle*, donc possibilité de cesser le traitement, lorsque l'ancien névrosé a reconquis dans la vie pratique un équilibre neuf, et lorsque l'étude de ses mécanismes inconscients montre que ses pulsions instinctuelles — pour la part qui n'est pas transformable en sublimations — sont admises par sa personnalité consciente; c'est-à-dire que ses mécanismes inconscients sont d'accord avec son Moi et son Sur-moi.

La guérison n'est assurée que si l'analysé, outre la disparition durable de ses symptômes « vit intérieurement en paix ». Ceci prouve qu'il réagit aux difficultés réelles de la vie sans angoisse, par une attitude spontanément adaptée aux exigences d'une éthique en accord avec les exigences du milieu dans lequel il choisit de vivre et des siennes propres; et cela, tout en permettant à ses pulsions instinctuelles des traductions adéquates (décharges libidinales en qualité et en quantité suffisantes) qui assurent la conservation de l'équilibre acquis.

Ce travail demande une longue et lente préparation. *Il n'est définitif que si le sujet est au stade adulte* — non seulement en âge réel — mais en âge effectif et en âge mental. *Au fond de tout être, l'analyse ne trouve jamais que ce qui y est.* Ceci dit tout autant pour ceux qui s'imaginent trouver dans cette science nouvelle et dans son application pratique la panacée universelle que pour ceux qui croient les psychanalystes assez aveugles pour le penser.

Tout ce qui précède concerne plus spécialement la thérapeutique psychanalytique classique. Celle qui véritablement porte le nom *Psychanalyse*.

*
**

Comme nous l'avons dit déjà, pour la simplicité et la clarté de ce travail, nous ne présenterons pas de cas soignés par la Psychanalyse pure, mais par une méthode de psycho-

thérapie dérivée d'elle, et qui offre pratiquement des avantages considérables : rapidité du traitement, influence minime du médecin dans le développement spontané d'un être en formation comme est l'enfant.

Cette méthode, à part l'appel du bon sens au Conscient du malade et qui, lui, relève de toute psychothérapie, se réfère point par point à l'expérience Psychanalytique. Notre attitude intérieure, en psychothérapie, est absolument la même que celle que nous avons dans de véritables psychanalyses.

Outre que nous pouvons exposer en détail la raison pour laquelle tels ou tels de nos propos agissent et agiraient tout aussi bien s'ils étaient tenus par n'importe qui, nous avons bien souvent, comme on le verra, un comportement exclusivement affectif qui ne demande aucune collaboration intellectuelle consciente de la part de l'enfant.

Nous ne nous plaçons essentiellement pas au point de vue du moraliste. Cependant, notre action a une valeur éducative certaine¹, il suffit de lire les observations qui suivent. C'est que dans toute psychothérapie, du moment que nous abandonnons la rigoureuse technique psychanalytique, nous avons, *que nous le voulions ou non*, une action éducative, qui dépend de notre attitude.

Cette attitude de notre part n'est pas volontaire, elle découle de notre personnalité, donc de notre Inconscient. Elle est la même que celle que nous aurions dans la vie vis-à-vis de n'importe quel enfant, même du nôtre. C'est la raison pour laquelle une attitude objective au strict sens du mot n'est *pas possible* pour le psychothérapeute ni même pour le psychanalyste pur. Il peut *tendre à être objectif*, et c'est déjà beaucoup, puisque cette intention de bonne foi est le seul facteur qui dépende de notre volonté consciente. Il est certain qu'à dispositions personnelles égales, de deux psychothérapeutes, celui qui a été psychanalysé a plus de facilités que l'autre à s'approcher de l'idéal d'objectivité. En effet, être psychanalysé, c'est connaître ses propres mécanismes de défense et d'adaptation à la réalité.

(1) Anna FREUD a soutenu contre Mélanie KLEIN la légitimité de cette action éducative.

C'est donc connaître ses propres facteurs affectifs source d'erreurs d'appréciation. On sait que chacun de nous apporte avec lui, dans toute observation scientifique, du fait même qu'il n'est pas une machine, un certain coefficient plus ou moins variable d'erreurs, dues au seuil et au temps de réaction caractéristiques de sa sensibilité. Pour l'observation psychique, il intervient des erreurs analogues, quels que soient l'équilibre psycho-affectif et la bonne foi réelle du médecin.

En effet, que signifie le terme d'objectivité lorsqu'il s'agit de l'observation du comportement et des mécanismes psycho-affectifs d'un individu ? Cela signifie que le médecin ne doit se placer ni au point de vue moral, ni au point de vue culturel, qu'il ne doit porter aucun jugement de valeur, que son but doit être la discrimination des éléments (pulsions et contre pulsions) qui sont à la base des réactions apparemment normales et anormales du sujet qu'il examine. Mais comme il s'agit de réactions d'un être vivant vis-à-vis de phénomènes qui jouent également sur un autre être vivant, l'un étant le malade, l'autre étant le médecin, il est visible que des causes d'erreurs nombreuses existent, *à commencer par l'influence de l'Inconscient du médecin*. Prenons ici encore une comparaison : si l'on observe un paysage à travers un verre rouge, on élimine de ce fait tous les rayons rouges de son champ d'observation. Il en est ainsi pour le psychothérapeute qui est lui-même une synthèse adaptée à la société. La façon personnelle dont il y réussit influe sur son objectivité et cela tout à fait à son insu.

Nous n'avons qu'un moyen de pallier relativement à cet inconvénient, c'est de ne *faire de la Psychanalyse que lorsque nous avons été nous-même psychanalysé* et le plus profondément et longtemps possible.

Voilà le grand obstacle qu'on objecte à la psychanalyse, et il n'est pas mince en effet. Rien n'est plus ennuyeux qu'une psychanalyse, plus pénible à supporter pour un individu, en si bonne santé soit-il. L'effort et la persévérance que cela nécessite se trouve davantage chez des êtres qui, souffrant d'un défaut plus ou moins apparent d'adaptation, ayant le courage et la simplicité de le reconnaître, y cherchent un remède dans

la psychanalyse. Si ce sont des médecins et qu'ils se servent de connaissances, acquises au prix de leur propre expérience pour soigner les autres, je ne crois pas qu'on puisse humainement le leur reprocher, ou alors, il faudrait reprocher à un oculiste d'avoir été myope.

On entend quelquefois des boutades qui ne sont pas entièrement mal fondées, sinon, elles ne seraient pas si répandues. Parmi celles-ci, l'une d'entre elles prétend que tous les psychiâtres deviennent fous tôt ou tard, et l'on ajoute que c'est le fait de vivre parmi les fous. Nous ne disons pas que c'est vrai, mais il est un fait certain, c'est que le goût de s'occuper des maladies mentales ne viendra jamais à un individu qui ne se sent pas plus ou moins bloqué intérieurement par des conflits qu'il ne comprend pas, ou qui ne présente pas des symptômes névrotiques qu'il cache plus ou moins à son entourage selon qu'il est plus ou moins sincère vis-à-vis de lui-même et des autres. Si un tel individu voit son état s'aggraver au bout de quelques années de pratique psychiatrique, la cause n'a pas besoin d'en être le contact journalier avec des psycho-névrosés, il suffit que sa propre névrose ait évolué comme elle l'aurait fait quelle qu'eût été son activité sociale. Et si le contact permanent avec des anormaux affectifs et mentaux a par lui-même une influence néfaste sur un individu et qu'il soit sain, celui-ci, par définition, saura s'en écarter à temps.

Une autre boutade qui prend quelquefois valeur d'argument contre la Psychanalyse chez ceux qui veulent rationaliser leurs résistances inconscientes (comme si l'attitude devant la Psychanalyse qui est une science pouvait dépendre logiquement de l'opinion qu'on a sur un de ses ouvriers) est que « tous les psychanalystes sont d'anciens névrosés ».

À cela, nous répondrons les déterminantes psycho-affectives infantiles qui conduisent un individu au choix de la carrière médicale sont les mêmes pour les psychanalystes médecins¹ que pour tous les psychiâtres.

(1) Nous ne parlons pas des autres, car outre la thérapeutique médico-psychiatrique, la Psychanalyse est une science qui intéresse à des titres divers l'éducateur, le sociologue, le criminologue, l'historien, et en général tous ceux qui s'intéressent aux faits humains.

Tout médecin qui s'intéresse aux maladies mentales devrait se faire psychanalyser avant de pratiquer. En effet, son goût peut n'être qu'un mécanisme de défense névrotique, il ne rendra pas dans la branche de la psychiatrie les services sociaux dont il serait capable en utilisant ses véritables capacités de sublimations. Si, au contraire, après sa psychanalyse, son goût pour la psychiatrie s'avère basé sur de véritables dons innés d'intuition, de sensibilité, et que son comportement affectif et sexuel prouve qu'il soit arrivé au stade génital oblatif de son propre développement, il pourra avec le minimum de risques pour lui et pour les autres, se spécialiser dans la thérapeutique mentale.

Certains voudraient ne rencontrer parmi les psychothérapeutes que des gens de dévouement pur, merveilleusement et spontanément équilibrés. Se rendent-ils compte de l'impossibilité de ce qu'ils demandent ? Que de tels êtres existent, nous ne le nions pas, mais nous affirmons qu'il s'en trouve fort peu parmi les médecins, et sans doute aucun parmi ceux que les troubles mentaux intéressent. Nous ne demandons d'ailleurs qu'à nous tromper en pensant ainsi. Nous-mêmes, si nous n'avions eu notre attention attirée par les conflits affectifs, non seulement autour de nous, mais encore en nous-mêmes, nous n'aurions jamais approfondi la question dont nous parlons ici. Et ceux qui lisent ces lignes, du fait même de l'attention qu'ils veulent bien nous prêter, prouvent par là que ces questions ne leur sont point étrangères.

Il n'y a rien de péjoratif dans le qualificatif de névrosé. Notre « volonté » ne peut rien contre des symptômes névrotiques, sinon les aggraver; notre « intelligence » agit de même. L'intelligence et la volonté, employées à cacher à soi-même ou aux autres, ses difficultés affectives, en les niant tout en les surmontant consciemment, sont des armes indignes d'un être humain sincère. Cette attitude déloyale non seulement vis-à-vis des autres, mais surtout de soi-même est peut-être, pour des hommes intelligents, le Mal Moral essentiel. Le plus étrange, sauf pour celui qui connaît les arcanes de l'Inconscient — c'est que les intellectuels qui prennent cette attitude, se targuent

d'éthique. S'ils ne sont pas médecins et que cette attitude les aide à moins souffrir, nous ne pouvons pas le leur reprocher, mais le médecin lui, n'a pas le droit de se placer devant la maladie d'un point de vue subjectif. Il doit penser que le malade souffre et qu'il lui demande secours.

Si équilibré naturellement que soit celui qui se destine à la psychothérapie, et encore plus à la Psychanalyse, le médecin doit — répétons-le — se connaître à fond. Il ne le peut pas par l'introspection, car il ne se juge alors qu'à travers ses propres mécanismes inconscients et ne peut pas être complètement objectif, et s'il peut l'être, il le sera encore mieux avec l'aide d'un confrère psychanalysé.

Qu'après une psychanalyse, un psychiatre arrive à posséder un équilibre affectif parfait, plus ou moins durable, c'est possible, mais qu'il possède cet équilibre spontané et durable sans psychanalyse, voilà la quadrature du cercle que certains réclament.

Aucun de nous n'entreprend d'œuvre qu'avec de la libido sublimée. Or, nous savons bien que les sublimations sont des mécanismes de défense vis-à-vis de l'angoisse, c'est-à-dire de la souffrance morale, et que leur différence avec les symptômes dits névrotiques n'est qu'une différence de valeur pratique sociale.

La sympathie humaine pour ceux qui souffrent qui est à la base du choix de la carrière médicale est une sublimation qui dérive directement de l'inquiétude devant sa propre souffrance, ressentie inconsciemment au cours de son développement par un sujet doué d'une sensibilité qui le rend plus vulnérable que d'autres. Parmi les moyens de défense employés vis-à-vis de cette souffrance, l'un d'eux et le plus réussi est l'intérêt porté à soulager la souffrance des autres. Cet intérêt à l'origine ne peut découler que de la projection sur les autres de ce qu'on éprouve en soi-même, mécanisme contemporain du stade sadique anal. Elle ne s'applique alors qu'aux êtres auxquels, pour des raisons inconscientes, le sujet peut s'assimiler et tout naturellement à ceux qui éprouvent les mêmes souffrances que lui-même, ou sur qui il projette les siennes propres.

Si le sujet cultive cette sublimation, alors qu'il continue son développement psycho-affectif, il parvient à l'âge adulte muni d'une libido arrivée à un stade plus ou moins achevé, au moment qu'il opte pour les études médicales. La projection primitive qui avait attiré le sujet vers ces études peut avoir fait place — mais ce n'est pas à priori nécessaire — à l'intérêt objectif du stade dit génital.

La véritable oblativité quand elle existe chez les médecins, les hommes de laboratoire, les chirurgiens, se traduit par l'épanouissement complet de leur affectivité jusqu'au stade adulte achevé de la « vocation », qui permet seule le splendide dévouement et la sérénité intérieure dont quelques-uns nous donnent, sans même s'en apercevoir, l'admirable exemple. Ne commettons pas l'erreur qui consiste à confondre le dévouement efficace avec l'attitude masochique du faux martyr. Il arrive que le médecin dévoué soit en butte aux attaques des autres. Il donne alors la preuve de son véritable équilibre, en continuant malgré les difficultés qu'il rencontre à poursuivre son œuvre utile qui est sa raison et son but dans la vie.

Pour nous, il nous semble que FREUD est un des exemples vivants de ce type de médecin, c'est pourquoi nous l'admirons profondément.

Tout le monde sait qu'on n'a pas attendu la Psychanalyse pour faire de la psychothérapie et pour la faire bien. Mais elle reste du domaine empirique, est réservée aux médecins doués naturellement de qualités de finesse, de sensibilité, de bon sens, et il faut dire, surtout d'intuition.

La méthode de la psychothérapie extra-psychanalytique varie avec chacun des thérapeutes, et leur expérience thérapeutique à points de départ subjectifs est incommunicable. Elle est en fait basée sur le transfert, qu'ils utilisent à leur insu et dont ils se servent (en ce qu'il a de positif) pour prendre une influence personnelle sur le malade, donc essentiellement, par suggestion. Ce que le transfert a de négatif est manifesté par le refus d'efficacité aux médicaments contre lesquels on devient même agressif et méprisant.

Certains d'entre eux, et dans certains cas, obtiennent d'ex-

cellents résultats, souvent plus rapides que ceux que nous obtenons par la Psychanalyse. Et médicalement parlant, mieux vaut être un psychothérapeute non psychanalyste qui guérit, qu'un psychanalyste qui ne guérit pas.

Les moyens thérapeutiques, employés de tous temps par nos confrères, nous les faisons nôtres si c'est nécessaire, bien entendu, dans notre psychothérapie, surtout pour obtenir la confiance des parents, lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, car c'est d'eux que dépend la possibilité matérielle pour nous de soigner ceux-ci¹.

Si donc, dans les observations qui suivent, nous nous servons parfois de conseils de bon sens qui font appel au Conscient et que tout psychothérapeute aurait fait siens, c'est que le bon sens est la base nécessaire de toute psychothérapie qu'elle se réfère ou non à des données diagnostiques de Psychanalyse. De plus, le bon sens est la pierre de touche, si l'on peut dire, des interprétations psychanalytiques.

Une interprétation fausse — qu'il s'agisse de résistances ou de conflits pulsionnels — *ne modifiera jamais le comportement réel pratique du sujet malade.* Même si elle semble intellectuellement séduisante, son action thérapeutique s'avèrera cliniquement nulle, et quelquefois aggravante. C'est pourquoi nous proposons aux médecins qui nous lisent d'accepter sincèrement le critère thérapeutique « *l'épreuve du traitement* », comme on l'accepte en thérapeutique organique.

*
**

Dans les observations qui suivent, nous avons tenté de montrer comment agissent les conseils aux parents et les entretiens que nous avons avec les enfants. On verra dans les cas rapportés ici, l'originalité de cette psychothérapie par rapport à celles habituellement employées, et qui lui donne sa valeur spécifique.

(1) C'est pourquoi il faut bien connaître les adultes et leurs réactions affectives; par la pratique de la psychanalyse classique des adultes pour essayer de prévenir leurs réactions nuisibles des parents ou d'y parer le plus possible afin de préserver notre petit malade de leurs réactions inconscientes souvent néfastes derrière leurs bonnes intentions conscientes.

ment psychanalytique, alors même qu'elle ne peut s'appeler Psychanalyse au sens strict du mot.

Le diagnostic et la thérapeutique s'intriquent, liés l'un à l'autre par leur instrument commun le Transfert.

Le pronostic s'étaie sur les connaissances du fonctionnement énergétique de l'Inconscient basé sur l'expérience que le psychanalyste tire de sa pratique quotidienne de la Psychanalyse chez les adultes et chez les enfants.

On verra dans les cas rapportés ci-après, que notre action thérapeutique vise à *combattre les résistances inconscientes* qui mettent le sujet à l'abri des souffrances normales que nécessite le renoncement aux satisfactions œdipiennes exigé par la société. La chute des résistances mettra en lumière tout ce qui traduit pour nous, psychanalystes, les réactions de l'enfant devant le Complexe de Castration. Dans certains cas, la crainte de la mutilation sexuelle apparaît plus ou moins isolément, telle que l'angoisse de Castration était apparue primitivement — et toujours symbolique. Dans d'autres cas, la crainte de mutilation n'apparaît pas dans le Préconscient, et ne se traduit pas sous forme de symbole, mais le comportement trahit une angoisse inconsciente découlant du Complexe de Castration. L'enfant agit « comme s'il » craignait les conséquences magiques destructives de ses fantasmes inconscients. Il réagit devant cette angoisse par des symptômes qui, selon une logique affective et non rationnelle ont pour but inconscient de le mettre à l'abri des désagréments et des dangers qu'entraîne cette angoisse tout en refusant d'abandonner l'avantage affectif de ses fantasmes sexuels coupables.

Nous laissons à la sincérité de chacun, de juger l'amélioration ou la guérison clinique des cas présentés, du rôle que notre action psychothérapique a joué dans la transformation du comportement de l'enfant. Nous n'avons pas la prétention d'avoir des résultats thérapeutiques pleinement satisfaisants. A quelle thérapeutique demanderait-on cela ?

Je ne crois pas qu'en toute bonne foi, il se trouve un confrère pour dire après lecture de ces observations, que les enfants sont après traitement plus malades qu'avant.

Ces mots qui paraissent à première vue paradoxaux, nous ont pourtant été tenus il y a peu de jours, par une femme fort sympathique que nous ne connaissions pas, mais que nous sûmes plus tard être de nos consœurs aînées fort intelligentes.

C'était à propos du cas d'un enfant très anormal dont elle entendait parler et dont nous retraçons à grands traits le cas. Cet enfant, dont nous ne parlons pas ici, car ce serait trop long, (le cas a nécessité une véritable psychanalyse) présentait entre autres symptômes une angoisse de castration avec phobie de la mort et de tout ce qui par association, lui faisait y penser. Cet état en avait fait, outre un grand arriéré, un obsédé.

Les symptômes ont tous disparu. L'enfant qui a 8 ans maintenant, se comporte à peu de chose près pour son entourage, comme ceux de son âge, bien qu'il ait encore, pour nous, un retard affectif marqué et un retard scolaire.

Récemment, à son école, un grave accident coûta la vie à un de ses petits camarades préférés. Résultat clinique que la maîtresse d'école, la mère et moi-même trouvâmes appréciable : au lieu de réagir comme il l'aurait fait quelques mois plus tôt par des symptômes névrotiques d'angoisse organique avec évanouissement et mutisme, notre petit malade réagit devant l'accident comme la plupart des enfants de sa classe, et non comme les plus nerveux. En rentrant chez lui, il raconta, encore bouleversé, l'évènement à sa mère d'une façon naturelle et détaillée (le sang, etc...). Pour la première fois de sa vie, il demanda à sa mère de lui apprendre à prier pour son petit ami (il faut dire que l'Eglise et tout ce qui s'y rapportait faisait partie de ses phobies). La nuit, au grand étonnement de sa mère, il dormit sans cauchemars.

Le comportement de cet enfant, devant cet événement imprévu et tragique (encore que personnellement, nous le sachions non encore guéri) dénote pour son entourage comme pour nous et je crois pour tous ceux de bonne foi, une amélioration considérable, surtout pour ceux qui connaissent les principaux troubles très graves dont il souffrait avant le traitement).

Et pourtant, le médecin dont nous parlons choquée de la relation détaillée de l'accident que l'enfant avait faite à sa mère déclara avec une agressivité qui étonnerait tout autre qu'un psychanalyste : « Votre enfant est devenu encore plus anormal qu'avant. Voilà ce que cela veut dire ! » (sic). Je ne répondis pas. Puis, quelques instants plus tard, comme une mère de famille de l'assistance, qui est de mes amies, me posait une ques-

tion, ma consœur, avant que je réponde, déclara d'un air tendu : « Allons, allons, tout ça, ce n'est pas pour des petites filles ».

(Il n'y avait dans ce petit groupe amical, à part notre consœur, mère d'une des jeunes femmes, que des hommes et des femmes cultivés comptant la trentaine, et la majorité mariés, pères et mères de famille).

Si nous avons relaté cette petite anecdote, c'est à cause de l'intérêt général qu'elle comporte. *Il est très difficile de suivre objectivement la relation d'un cas psychanalytique.* Ce n'est pas, répétons-le, une question d'intelligence, c'est une question d'affectivité. L'attitude, devant le psychanalyste de ceux chez qui elle réveille à cause de leurs pulsions refoulées, une angoisse importante est toujours celle dont notre sympathique et intelligente consœur nous a donné à son insu, un exemple intéressant parce que typique.

1° On nie les faits.

2° On attaque celui qui vous apporte le motif d'angoisse (le Psychanalyste) et cela avec les armes qu'on *emploierait* contre tous ceux auxquels on peut inconsciemment l'assimiler (en l'occurrence sa propre fille, et elle m'attaque, moi, qu'elle ne connaît pas, avec des propos « castrateurs » qui, sans doute pour le sujet lui-même, rappellent ceux que son propre Sur-moi, parlant comme sa mère, lui tenait en présence de ses fantasmes œdipiens meurtriers).

Il est évident que si j'avais parlé par exemple du traitement d'une fracture par un nouveau système de contention, ce même médecin n'aurait été qu'indifférente ou intéressée, sans que des réactions affectives se mettent à jouer.

Remarquons que l'attitude des jeunes, actuellement dans les milieux intellectuels médicaux est rarement aussi affective et aussi résistante, et cela s'explique aisément.

*
**

Nous espérons que ce travail dans lequel nous avons apporté des observations prises au jour le jour, des faits cliniques, montrera l'intérêt thérapeutique de la Psychanalyse.

CHAPITRE VI

Un rêve d'angoisse de Castration en rapport avec le complexe d'Œdipe et avec la « scène primitive » du coït des parents.

C'était la nuit, j'étais dans ma chambre, j'entendais du bruit dans la « chambre de maman », j'avais peur et je ne voulais pas y aller. Et puis j'ai pris un revolver. (je n'en ai pas) et j'ai voulu y aller. La porte était ouverte, mais impossible à passer et je ne voyais pas le reste de la chambre comme c'est le cas quand une porte est ouverte. Je crois qu'il y avait un homme en noir, caché. La porte était comme une guillotine. Si on la passait, par un déclic, cela faisait tomber comme un couperet qui coupait la tête. Je me suis réveillé en nage. (Ce rêve est d'un adulte de 25 ans impuissant. Cf. avec le dessin n° 4 d'un enfant de 7 ans inhibé affectif).

Un rêve de Complexe de Castration surmonté.

Un enfant de 10 ans, énurétique, rêve 2 jours après la cessation de son énurésie qu'il se bat avec des géants, il en tue.

Le jour suivant, le rêve reprend, et il tue tous les géants, sauf un, puis il le tue aussi, et avec son épée, il lui coupe les pieds, puis les poignets, et il essaye de lui couper la tête, « mais c'était trop dur, et c'est mon épée qui s'est cassée, tant pis ! J'ai été obligé d'y renoncer ».

Ces rêves, loin d'être des cauchemars, étaient merveilleux. Il se sentait tellement content, fier et fort que c'est depuis ce jour-là que le travail scolaire lui a paru très facile et amusant, surtout le calcul, « comme si un rideau était tiré ».

Ce même enfant avait dessiné le dessin n° 6 à la séance précédente, qui avait entraîné mon explication (voir p. 85).

Dessins de Garçons (réduction au 1/5°).

ANGOISSE PRIMAIRE

1. Le cheval (animal dont il a eu la phobie).
2. L'enfant-lanterne-qui-voit-la-nuit est emmené ligoté par un « homme-de-la-mer » comme le chat qui avait eu la patte coupée et qu'on avait conduit chez le vétérinaire et le chien à qui on a coupé la queue.
3. Le Monsieur chinois qui perd sa banane (voir page 84).

ANGOISSE SECONDAIRE

4. Dans une analyse d'enfant, première apparition du conflit œdipien, et l'essai de surmonter le Complexe de Castration (cf. avec rêve, p. 187).

Dessin d'un enfant qui s'est pincé le doigt pendant la semaine dans la porte de la chambre à coucher de « maman » (or c'est celle des deux parents qui couchent dans le même lit) à propos d'une dispute avec sa sœur aînée (image pour lui de la mère méchante) au cours de laquelle ie s'était réfugié dans la chambre de maman, soi-disant pour voir à la fenêtre parce que sa sœur l'empêche toujours de tout « voir ».

Le « Scaphan » c'est un « homme-de-la-mer », le petit garçon Toto, c'est un malin qui ne se laisse pas faire, il a un pompon rouge de marin et « moi aussi », dit l'enfant, « je serai marin ». Le père a fait son service et la guerre dans la marine. Le coup de crayon noir sur la tête du scaphandrier se retrouve toujours sur tous les dessins que l'enfant fait de son grand-père qui a un grand rasoir et qui se fait quelquefois des éraflures à la joue en se rasant.

5. Dessin symbolique de la « Scène primitive ». Possession sadique de la mère.
6. Dessin symbolique de mère phallique.

Dessins de Filles.

ANGOISSE DE CASTRATION PHALLIQUE

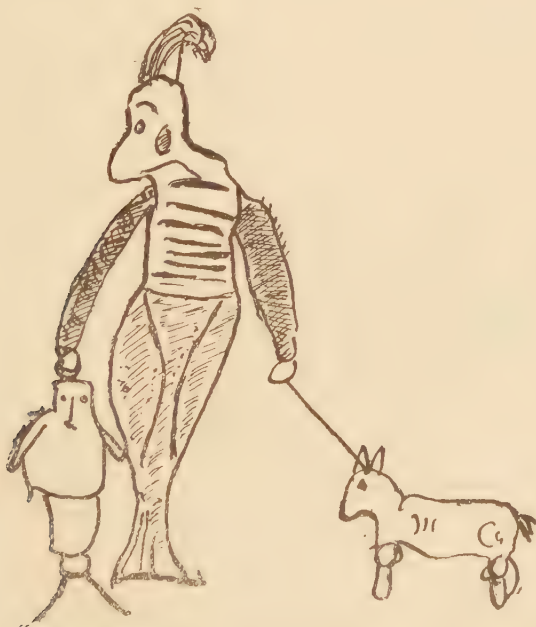
- 7 et 8. Dessins successifs d'une fillette de 8 ans, Mauricette présentant des troubles du caractère en rapport avec un complexe de virilité, elle voulait être un garçon depuis la naissance d'un petit frère d'autant de quelques mois.

Le dessin n° 7 n'avait rien dans la paume. Elle a rajouté les deux points après mes explications.

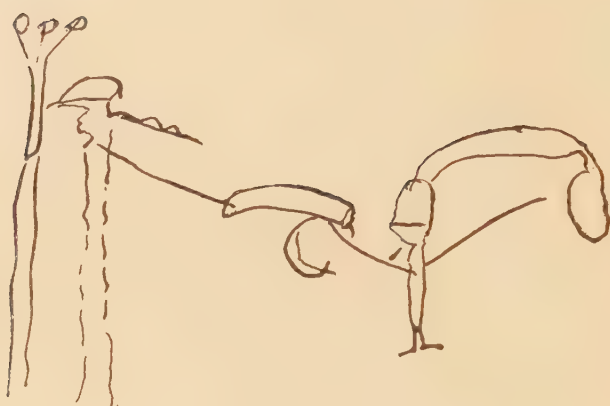
Dessins de garçons.



1. Le cheval (garçon de 7 ans qui a la phobie des boucheries chevalines et de la viande depuis l'âge de 3 ans).



2. L'enfant-lanterne-qui-voit-tout est emmené par un homme-de-la-mer comme le chat qui a eu une patte coupée et le chien à qui on a coupé la queue.
« Et puis le vétérinaire coupe les chats » (même enfant).



3. Le dessin de l'histoire du Monsieur chinois qui perd sa banane qu'une dame lui prend (voir p. 84).



4. Même enfant à 8 ans. Première apparition dans sa psychanalyse de la situation œdipienne complexuelle (cf. rêve d'adulte, p. 187), voir texte explicatif p. 188.



Fig. 39

5. Même enfant. Dessin qui a précédé de trois semaines le dessin précédent (voir note 2, p. 55).
Dessin symbolique de la « scène primitive ».



6. Dessin d'un garçon de 11 ans, énurétique. Symbole de mère phallique (voir texte p. 85).

Dessins de filles.



7. Mauricette, 8 ans. Complexe de virilité.



8. Id. Deuxième dessin. On voit clairement le symbolisme : S'il n'y avait pas ce « doigt coupé », Mauricette serait MAURIC. C'est une question « d'ornement » (Elle se croyait laide).

OBSERVATIONS. — GARÇONS

OBSERVATION 1.

(Enfant de comportement normal).

OBSERVATION DE G..., ALORS AGÉ DE TROIS ANS. *Enfant bien portant actuellement âgé de 5 ans. (D'après des notes prises au jour le jour par sa mère).*

G. a tout près de trois ans. Sa mère est enceinte, il le remarque et pose des questions, il est intéressé par les réponses de sa mère : elle va avoir un bébé.

Il avait alors vu déjà des fillettes nues, mais n'avait jamais paru remarquer une différence sexuelle entre elles et lui. Il voit à ce moment une petite fille qu'on linge et la regarde attentivement sans mot dire. Quatre jours après, G. devient insupportable et dégoûtant. Quatre jours plus tard, il fait ce rêve d'angoisse : la planche à repasser pliante, à charnières, venait dans son lit, le pincer, lui faire mal. Cauchemar, cris. Sa mère vient. Encore bouleversé, G. lui raconte son rêve :

— « La planche à repasser ? » fait maman étonnée.

— « Oui, c'était bien elle, mais pas pareille, elle était peut-être grande comme toi, peut-être grande comme papa. » Il ne peut pas expliquer.

Maman le rassure en lui montrant la planche qui est une « chose », elle ne peut rien faire toute seule, et maman dit qu'elle le protégera toujours. Bref, « on en parle » pendant une heure, cette nuit-là, puis G. se rendort. Le lendemain, maman lui demande s'il se souvient de son rêve. Oui, et on en parle encore pendant une heure, maman dit qu'elle ne permettra jamais que quelqu'un lui fasse mal.

Le caractère de G. se rétablit, il redevient gentil comme auparavant.

Quelques semaines après, G. se met à se gratter sur tout le corps; la mère croit d'abord à une éruption prurigineuse. Mais il n'y a rien. Elle fait néanmoins sa toilette avec une poudre calmante, mais rien n'y fait, G. se gratte de plus en plus, ce qui provoque même de petites lésions de grattage. Mais, chose curieuse, il se gratte partout sauf dans la région génitale. Sa mère étonnée, lui fait remarquer que cela ne le

gratte pas partout comme il le disait. Peut-être lui a-t-on défendu de jouer avec son « fait pipi ? ». Oui, répond G. il se grattait là aussi mais la bonne s'est fâchée un jour, et elle lui a dit que s'il touchait son fait-pipi, il ferait pipi tout le temps, et G. ne veut pas cela, il faudrait lui mettre des couches comme à la petite fille. Maman parle de cela avec G., elle sait mieux les choses que la bonne, et il n'y a pas de danger, et elle ajoute : — « C'est *ton* « fait-pipi » et tu peux en faire ce que tu veux, il est à toi. »

Cette explication touchait bien la cause du grattage obsessionnel, car celui-ci disparut en quelques jours (la masturbation n'en devint d'ailleurs pas plus manifeste).

De plus, le lendemain de cet entretien avec maman, comme sa grand'mère en voyant G. se gratter le visage, le lui reprochait et lui commandait de cesser, G. lui répondit : Grand'maman, c'est *ma* figure et je peux en faire ce que je veux ».

La démangeaison de la peau après la menace de la bonne était due à la diffusion sur toute la surface cutanée de la tension libidinale localisée sur la zone érogène phallique.

Quelque temps après, G. devient craintif à tous propos, timide. G. raconte à sa mère qu'il fait constamment le même mauvais rêve : il voit un homme dangereux, qui a l'air méchant et qui a une grande pelle. « Un peu comme la mienne, dit G. mais bien plus grande. » L'homme ne fait rien, mais il pourrait faire mal avec cette grande pelle, il est fort. G. ne pourra jamais porter une pelle aussi grande.

— « Mais si, » dit maman, « Quand il sera grand. Les hommes sont tous des petits garçons avant de devenir grands. »

Alors G... détaille toutes les extrémités de son corps : nez, doigts, mains, pieds, (à l'exception de son pénis) en se comparant à sa mère, et ajoute : « Papa, c'est encore plus grand. » Maman affirme que ça poussera chez G. et que plus tard tout sera pareil à papa, et « même ton fait-pipi », ajoute maman.

— « Mais il y en a qui n'en ont plus, il est tombé. »

— « Tu crois ? C'est une histoire vraie ? A qui est-ce arrivé ? »

— « J'ai vu une petite fille, elle n'avait plus son fait pipi. »

- Mais non, dit maman, les filles n'en ont jamais eu, et quand elles grandiront elles n'en auront jamais, maman n'en a pas, les femmes n'ont pas de fait-pipi, les filles et les garçons ne sont pas faits pareils, et c'est pour ça que les papas et les mamans ne sont pas pareils. »

G. réfléchit, puis dit : « les yeux, ils sont trop rentrés, on ne peut

pas tirer dessus, mais les pieds, les mains, si on tire fort, ils peuvent tomber, n'est-ce pas ? »

— « Mais non, dit maman, c'est très solide, ce n'est pas possible que des choses comme ça arrivent. »

— « Tire dessus, pour voir, très fort. » Et il veut que sa maman tire fort sur ses doigts, sur ses mains, sur ses pieds.

— « Tu vois bien, » dit maman.

— « Mais mon fait-pipi ? »

« C'est pareil », répond maman.

— « Mais si c'était un homme méchant, très fort ? »

— Personne ne pourrait. Ça tient trop bien. Ce n'est jamais ainsi. Et puis papa et maman sont là pour qu'il n'y jamais d'homme méchant près de toi. »

Nous voyons donc chez G., la constatation de l'absence du pénis chez la fille, qu'il s'explique par une perte. L'association de son organe génital à ses extrémités dont les petites dimensions semblent seules le préoccuper au début de l'entretien, où il traduit ses sentiments d'infériorité vis-à-vis des hommes forts comme papa et même vis-à-vis des femmes. La peur de mutilation sexuelle s'étaie sur des interprétations fausses. Son ambition de devenir fort se heurte à son infériorité vraie d'enfant. Le dépit qu'il en éprouve éveille son agressivité vengeresse et il projette ses sentiments sur un homme « fort et méchant » substitut du père, d'où l'angoisse du rêve. Et dans le Conscient, le symptôme apparaît : timidité, pusillanimité, attitude de fillette. On voit là sur le vif, comment s'amorce une des conséquences des premières angoisses devant le Complexe de Castration naissant, et qui peut dans certains cas, marquer le développement entier d'un garçon.

La fille qui (selon son optique) possède un tout petit phallus caché, est enviable, elle ne risque rien. (Les yeux sont trop rentrés pour qu'on puisse tirer dessus).

L'attitude objectale vis-à-vis de la mère se joue sur le mode passif. C'est ce que traduit le jeu symbolique de faire tirer fort à maman sur toutes les extrémités. Il aimerait, c'est clair, que maman jouât aussi avec son fait-pipi, ce qui équivaldrait à un succès de séduction passive.

L'avantage de cette situation affective vis-à-vis de la mère, si elle est encouragée par celle-ci (et ce n'est pas rare d'entendre

des mères dire avec orgueil de leur fils : « Il est sage comme une image, il ne donne pas plus de mal qu'une fille », ou lui interdire de jouer brutalement à des jeux audacieux de garçon par « crainte qu'il ne se fasse mal ») est que le garçon reste aimé de sa mère sans avoir besoin d'entrer en rivalité avec son père, au contraire, il gagne ainsi la séduction de papa. Cette attitude passive prégénitale si elle se prolonge, s'opposera à l'épanouissement du Complexe d'Œdipe normal, qui, ici, commençait à s'amorcer seulement.

Encore un mot sur le jeune G. qui prouvera que le symptôme a bien une valeur propiatoire à l'époque prégénitale. Toutes ses réactions sont préconscientes et prélogiques. Et ceci confirmera l'interprétation que nous avons donnée de son comportement passif féminin. Il avait bien pour but de supprimer magiquement les menaces de mutilation sexuelle.

Quelque temps après les faits précédents, G. se met à craindre énormément la guerre dont il entend les menaces. En effet, la famille de G. se trouve en Autriche et c'est la menace de l'Anschluss, suivie de l'atmosphère de guerre, les troupes, etc... La guerre, il la redoute, « il peut mourir ». Sa mère lui explique qu'il est Suisse et qu'il n'a rien à craindre. A ce moment, G. toussait sans cesse, à l'auscultation le médecin n'en trouvait aucune cause, un jour, on parle d'aller au cinéma, et maman dit : « Oui, quand tu ne tousseras plus ». Dès ce moment, on n'entendit plus G. tousser. Maman l'emmena au cinéma. Mais un reniflement constant au bout de quelques jours, alors que G... n'avait pas le moindre rhume, fit dire à sa mère : « Mais ne renifle donc pas comme cela », et G. répondit : « Si je ne tousse pas, il faut que je renifle ».

— « Pourquoi donc ? Le docteur a dit que tu n'étais pas malade. »

— « Il faut bien que je fasse quelque chose, tu comprends, comme ça je resterai en Suisse toujours. »

OBSERVATION 2.

Service de M. Edouard PICHON, Hôpital Bretonneau.

JACQUES, 10 ANS. *Troubles du caractère intriqués à une masturbation obsessionnelle à rôle provocateur inconscient.*

5 octobre 1938 : amené d'une localité voisine de Paris, par sa

mère. Enfant très nerveux, indisciplinable, menteur autoritaire. Il n'apprend rien en classe, le maître ne veut plus le supporter.

12 octobre 1938 : le résultat du test de Binet Simon (Mlle ACHARD) âge mental de 8 ans 6 mois (test probablement perturbé). Pendant les épreuves, l'enfant se montre très content de lui, instable, répond sans réfléchir, convaincu de savoir, s'adapte mal à plusieurs actes qui se suivent. La mère se plaint que la semaine a été mauvaise, colères, mensonges, (genre mythomanies).

Il s'est levé un matin à 5 h. pour couper les boutons de son pantalon (il a été pris sur le fait, mais on ne lui a rien dit, il s'est recouché) et quelques heures plus tard a dit que c'étaient les autres à l'école qui l'avaient fait. Ses boutons de pantalons sont constamment coupés, et il a toujours dit que c'est un camarade qui les coupait. Sa mère se demande s'il ment ou s'il est fou et agit sans s'en apercevoir. On l'aurait tué sans le faire avouer. Il avait, en niant, l'accent de la vérité.

C'est alors que Jacques nous est confié.

J'ai assez vite un bon contact avec la mère qui nous raconte le détail de ses griefs, de la vie odieuse que crée Jacques à la maison, ses colères à tout briser. Rien ne peut l'intimider. La mère ne peut travailler régulièrement, (elle fait des ménages), car Jacques ne peut pas être gardé en classe, on ne peut le supporter nulle part. Il est toujours en retard pour l'école. Il ne fait pas ses devoirs, malgré les rappels à l'ordre de sa mère qui finalement l'aide à les faire ou les fait.

L'enfant, pendant notre conversation, est anxieux et buté, il ne répond à aucune question, et hausse les épaules quand sa mère parle.

La mère semble douce et peu intelligente. Elle dit que l'enfant obéit à son père en général mieux qu'à elle. Le père est infirmier dans une localité voisine et ne vient qu'un jour par semaine à la maison. Il gagne peu et la mère aurait vraiment besoin de sa liberté pour travailler. Elle nous demande, en somme, sur le conseil du maître d'école, l'adresse d'un pensionnat spécial où on prend les enfants difficiles.

Nous demandons à la mère de changer sur un seul point son comportement vis-à-vis de Jacques pendant la semaine qui vient. Ne pas lui dire deux fois de se lever pour aller à l'école. Tant pis s'il ne se lève pas. Qu'elle nous promette de ne pas s'en occuper. Jacques est bien assez grand pour savoir que l'école n'est pas une brimade, et s'il aime mieux avoir mauvaise conscience, c'est son affaire, il n'en saura pas plus ou moins pour avoir raté l'école, et il aura appris qu'il est libre d'apprendre ou de rester en arrière sur les autres.

Nous expliquons à la mère que si Jacques est méchant, c'est qu'il préfère cela. Il est libre. Les médecins ne sont pas là pour le gronder, mais pour comprendre. On essaiera de l'aider, si c'est possible. Sinon, tant pis, on lui donnera des adresses de pensionnats pour les enfants difficiles, où d'ailleurs il sera très bien, mais c'est dommage d'être

définitivement classé dans les enfants difficiles, quand on a bon cœur.

La mère nous promet d'observer notre conseil, un peu inquiète des conséquences. Nous lui disons que, même s'il ne va pas du tout à l'école cette semaine, elle devra y rester indifférente, mais seulement nous le ramener dans 8 jours.

Au cours de la conversation avec la mère, Jacques avait changé d'attitude, et écoutait.

Nous restons seuls tous les deux. Conversation générale sur ses retards à l'école et son comportement « bébé » dans la vie. Peut-être maman l'ennuie-t-elle en croyant bien faire et ça l'agace. Eh bien, à 10 ans, on est assez grand pour savoir si on veut apprendre ou non. Si on ne veut pas, ce n'est pas la peine que cela mette la maison sans dessus-dessous.

— « Oui, je vais être gentil, répond-il », je vais être gentil, c'est pas gentil d'être comme ça, je vais être gentil. » (avec un débit agité, d'un air blâmant important).

19 octobre. Jacques est allé à l'école chaque jour, la semaine a été bonne pour la conduite à la maison jusqu'à hier, nous dit la mère. Hier, caprice épouvantable, à l'heure du déjeuner, Jacques a refusé de venir à table, s'est sauvé dans la campagne.

Seule avec Jacques. Une conversation générale à bâtons rompus s'amorce. Je le félicite de ses efforts jusqu'à hier. « *Mais que s'est-il passé hier ?* »

— « Oui, c'est pas gentil, c'est pas gentil, je ne recommencerais pas. Oh non. Je sais bien que c'est pas gentil, etc... »

— *Quand voit-il papa ?* — Le jeudi. Alors, ils passent toute la journée ensemble à jardiner. Papa est gentil. Il lui a montré son cahier. C'était mieux.

Son débit est toujours agité, anxieux, avec un ton de condescendance et d'importance comme s'il parlait avec la voix d'un adulte qui fait la morale.

— *Rêve-t-il, dort-il bien ?*

Rêves d'angoisse, cauchemars. Il en a toujours. Il crie, ça réveille maman, et il a peur, même réveillé. Flammes, avions brûlés, voleurs.

A propos de l'école, Jacques se met à « cafarder », comme s'il était outré des manières des autres « qui font des saletés épouvantables ». « C'est pas bien ! Ils s'enferment au cabinet pour qu'on les voit pas ». (Je demande : tout seuls ?) — « Oui (sic), si c'est pas dégoûtant », et à grand renfort de détails, il me décrit des jeux masturbatoires, des chiffons, « parcequ'ils ne font pas ça sans rien », de descriptions destinées à faire juger mal des chenapans pareils.

— « Et pis, je le raconte à maman et elle me dit c'est des salauds, faudra jamais faire ça. Mais, moi, je suis pas un dégoûtant. Oh, de quoi ça a l'air, et pis après, on le voit sur leur figure. »

— « Je l'écoutais (d'ailleurs la rapidité de son débit ne m'aurait pas laissé placer un mot) et en même temps je pensais aux boutons de culotte dont je ne lui avais jamais parlé. Sa mère l'avait dit au D^r PICHON, mais pas à moi-même. Sans doute, Jacques ne m'en croyait pas avertie.

Croyant déceler une odeur légèrement acétonémique de l'haleine, je demande un examen d'urines, l'infirmière étant précisément libre, je lui confie Jacques à qui je dis de revenir après.

On lui fait l'examen, qui d'ailleurs, ne décèle pas d'acétone, mais une scène instructive pour nous s'est passée. Quand il s'est agi d'uriner dans un verre, ce fut un désespoir, des larmes. Sa mère est accourue. Jacques s'est caché la tête dans ses jupes, effondré, et il y était encore quand l'infirmière est venue me dire le résultat. Il ne voulait pas revenir avec moi. Sa mère souriait en disant : « Voyez-vous, il a honte de faire dans un verre, il est pas habitué. »

Je repris Jacques, et l'emmenai par la main. « Viens n'aie pas peur, tu vois, maman croit que tu as honte, parce que tu as fait dans un verre, mais cela n'a rien de honteux. Et puis, tu n'as pas eu honte; quand on a honte, on n'a pas un désespoir aussi bruyant, et si tu avais honte, tu n'aurais pas peur de revenir me voir, moi qui l'avais demandé. Tu n'avais pas honte, tu avais peur. Peut-être un peu de ce que tu m'as dit sur les autres, tout à l'heure, c'est toi qui le fais, même peut-être tout. Tu as cru peut-être que cela se verrait dans ton pipi ? »

Alors, effondré de larmes et en sanglots, Jacques avoue que j'ai raison. Je le laisse pleurer et puis nous parlons de cette masturbation, que j'appelle « faire ça », selon son terme à lui. Je lui dis qu'il n'est pas le seul, beaucoup de petits garçons sont malheureux avec ça. Je le rassure sur les craintes de mutilations sexuelles, les menaces de maladie, d'imbécillité, de folie, de prison.

Je lui dis que ce ne doit pas être une occupation bien agréable quand on a peur de tant de choses, il faut donc croire qu'il en a rudement envie pour risquer tant de dangers malgré la peur qu'il en a. Eh bien non, il n'arrive jamais d'histoires pareilles. Simplement, on se bourre le crâne de remords.

— « Peut-être ça le démange ? Est-ce qu'il sait se laver ? »

— « Non, il n'y touche jamais » (*sic*; cela explique les chiffons). Alors je lui dis qu'il faut se laver là comme partout ailleurs, et je lui explique comment. A cette occasion, comme il est gêné, je lui dis : « Mais je suis comme une maman, et comme une maman docteur ». Il a des organes génitaux assez développés pour son âge, le gland est irrité.

— Je lui dis : « Et maman qui croit que tu es encore un bébé ! mais tu es un grand garçon et tu sais bien des choses qui étonneraient maman, j'en suis sûre ».

— « Vous ne lui direz pas ce que je vous ai dit. »

— « Mais non, ça ne regarde personne que toi. Ce sont des choses

personnelles. Tout le monde le sait, mais on n'en parle pas. Si maman t'a dit toutes les histoires de tout à l'heure, peut-être le croit-elle que cela te rendrait malade ? »

— « Oui, il y a un idiot au village. »

— « Eh bien, les idiots « font ça » tout le temps parce qu'ils sont idiots, mais ils ne sont pas idiots parce qu'ils « font ça ». Je suis docteur et je sais ça mieux que maman. Tous les garçons, tous les hommes font ça quelquefois, mais pas sans arrêt. Et puis, même si c'était mal, il vaudrait mieux se dire qu'on fait des choses mal, quitte à n'en pas être fier, plutôt que d'inventer des histoires pour accuser les autres ». Et j'ajoute : « Je ne dis même pas que tu mens. Ça en a l'air, mais tu n'as pas plutôt commencé à inventer que tu le crois, n'est-ce pas ? »

— « Oui, et c'est alors comme si c'était plus moi. »

— « Oui, mais c'est toi tout de même. Est-ce que tes camarades le font aussi ? »

« Oh non, oh, peut-être... »

— « Pourquoi, peut-être ? »

— « Je sais pas, je les ai pas vus. Mais quelquefois, ils parlent des choses... et moi, j'écoute pas, je veux pas écouter, c'est pas beau. »

— « Quelles choses ? »

— « Eh ben, comme ça... des enfants... des gens mariés ».

— « Mais ce n'est pas laid. On dit c'est pas beau aux petits enfants, mais quand on grandit, tout est intéressant, et ces choses-là aussi naturellement. Mais il y a la pudeur, tu comprends, il faut que les enfants sachent prendre le droit de comprendre. Papa et maman aussi, ils ont été petits et ils ont grandi. Tu sais qu'on défend aux enfants de traverser la rue tout seuls ? Oui, eh bien, un jour qu'ils sont assez grands pour faire attention, ils le font tout seuls, et on ne leur a jamais dit « à partir d'aujourd'hui je te permets », c'est en grandissant que c'est venu tout seul.

Je le laisse réfléchir, puis j'ajoute :

— « Est-ce que tu veux que je te dise si c'est vrai ce que racontent tes camarades ? »

— « Oui, ils savent peut-être pas ».

— « Qu'est-ce que tu crois ? »

— Oh je crois qu'ils ont raison, je pense pareil. »

— « Qu'est-ce qu'ils disent ? »

— Suit une vague description des rapports sexuels. L'homme met quelque chose dans la femme. Je fais préciser. Il y a notion de l'absence de phallus chez la femme, mais pas notion d'autre organe que l'intestin. J'explique la constitution de la femme. Je dis « C'est l'homme qui met le germe, et quelquefois le germe se met à pousser dans la matrice de la femme. C'est naturel, ça ne lui fait pas mal. Le bébé pousse en 9 mois, et alors c'est la naissance. Comment ? »

— « Y en a un qui a dit par le côté, et pis un par en bas. Mais

c'est une opération, « on » va à l'hôpital et « on » (*sic*) est couchée. »

— « Oui, c'est par en bas. Tu as vu comment une fleur s'ouvre, eh bien, la maman c'est pareil. Et c'est naturel. Elle a un peu mal, alors elle se dit « tiens, il va naître », et elle va à l'hôpital pour que tout soit bien propre, parce que le bébé naît tout petit, qu'il ne peut rien faire que crier, et que la maman est quelquefois bien fatiguée. C'est plus commode d'être à l'hôpital où on fait tout pour elle et pour le bébé. Et puis, bientôt, il y a du lait qui se fabrique tout seul dans la poitrine de la maman, et le bébé n'a qu'à têter. Et le papa et la maman sont contents parce qu'il est à eux deux et qu'il leur ressemble ».

— Jacques réfléchit, puis il me dit : « Et si maman savait ce qu'on a dit. »

— « Eh bien, elle serait peut-être étonnée parce qu'elle croit que tu ne sais encore pas comment elle est devenue ta maman, mais elle serait fière de te savoir grand. »

— « Oui, mais elle ? »

— « Elle, quoi ? »

— « Est-ce qu'elle sait tout ça ? Oh que je suis bête, puisque je suis bien né ». (Fantasme de mère vierge taboue).

Après cet entretien, je lui dis : « Alors, tu vois qu'il faut bien travailler pour passer ton certificat et apprendre un métier pour gagner de l'argent et devenir comme papa. »

Et, comme je savais les comédies tous les soirs pour les devoirs, je lui dis de se dépêcher à les faire vite en rentrant, pour aller jouer après toute la soirée.

En le ramenant (calmé et souriant) à sa mère, je lui dis : « C'est un grand garçon, bientôt vous en serez fière. »

Je lui demande un dernier effort pour cette semaine : ne plus s'occuper de ses devoirs. Il les fera ou non. Ça le regarde. Elle vérifiera le cahier une fois par semaine, le jour des notes, mais qu'elle laisse Jacques au seul contrôle quotidien du maître.

26 octobre. Jacques est transformé. Sa mère nous dit qu'elle ne le reconnaît pas. Nous le lui avons changé. Elle est encore plus étonnée du changement nocturne, car il parlait sans cesse et criait dans ses cauchemars toutes les nuits, sans même se réveiller. Il dort maintenant tranquillement. Il ne l'a pas mise en colère cette semaine.

Elle a suivi mon conseil pour ses devoirs, et c'est papa qui les a vérifiés jeudi. Il a eu 10 de conduite. *Elle est si contente qu'elle ne nous l'aurait pas ramené*, étant donné leur éloignement de Paris, si Jacques ne l'avait pas demandé avec insistance pour qu'on vienne me dire ces bonnes nouvelles.

Maintenant qu'il est gentil, pourrait-on le mettre en pension afin qu'elle puisse faire des ménages ?

— Je demande à parler avec Jacques d'abord.

— Jacques est calme, parle lentement, ou plutôt normalement, sur un ton simple et naturel. Il me redit ce que sa mère m'a déjà dit. Les notes de devoirs et leçons : 7 et 8. Le maître a dit qu'il y avait du mieux, et il n'avait jamais eu un 10 de conduite. Il fait ses devoirs tout seul, il croyait qu'il n'y arriverait pas, maman lui avait dit : « Je ne te demanderai pas de les voir et je ne t'en parlerai pas, mais si tu as besoin que je t'aide, tu me demanderas », et il ajoute : « Mais je n'ai pas eu besoin ».

Il me parle de papa, de sa bicyclette, sur laquelle il monte. Je m'en étonne (car il est petit) et lui demande comment papa est grand. « Oh, il est comme vos épaules, bien plus petit que vous. Maman est aussi bien plus grande que lui » et après un silence : « Je voudrais bien le dépasser ».

Pendant que je prends quelques notes sur son observation, Jacques dessine silencieusement. Les fois dernières, il jacassait sans arrêt. Ses dessins : un beau Normandie avec des drapeaux, de conception assez puérile, et des majuscules décorées. Initiales des prénoms de ses oncles, les frères de sa mère dont il me parle avec admiration. « Ils sont grands », il voudrait leur ressembler, « ils ont de bons métiers ». Or, son père a été 2 ans en chômage avant de trouver ce poste d'infirmier dans un hospice, très peu payé. La mère dit qu'il n'est « pas fort ». (En fait, il doit être à la limite du nanisme). Jacques dit qu'il voudrait faire les mêmes métiers que ses oncles. Nous parlons de la pension et Jacques est d'accord.

2 novembre 1938.

Il va toujours très bien. La mère dit que ce n'est définitivement plus le même. Il n'est plus nerveux, n'a plus de colères. Il est sage sans l'être trop. Il joue, est gai, et n'a plus ni cauchemars, ni terreurs nocturnes. A l'école, on ne le reconnaît plus. Le maître en est satisfait.

19 janvier.

Jacques m'écrit pour me donner de ses nouvelles. « Je suis gentil avec maman et papa, je travaille un peu mieux en classe, j'ai gagné des bons-points. Je pense bien à vous. »

30 mars.

Nous écrivons à la mère pour savoir si elle a mis Jacques dans une des pensions indiquées, et s'il va bien. Elle répond qu'elle l'a gardé, car il est devenu très facile. Elle peut travailler sur place et s'absenter, car il est sage, seul à la maison. Elle est très contente de lui à tous points de vue.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

*Troubles intenses du caractère.
Indiscipline, paresse, mythomanie.
Petites fugues.*

DIAGNOSTIC PSYCHANALYTIQUE.

*Complexe de Castration en activité chez un enfant de
10 ans.
Symptomatologie réactionnelle à double détermination :
revendicatrice et auto-punitive.*

PRONOSTIC.

Excellent.

Conclusion.

Il s'agissait bien, dans le cas de Jacques, de l'angoisse de Castration. Le symbolisme des boutons de culotte était d'une clarté touchante.

Le comportement « content de soi », se faisant le porte-voix de la morale, tandis que sa mythomanie chargeait les autres de ses fautes, que signifiait tout cela ?

Le Moi de Jacques, déjà coupable de ses désirs de dépasser son père (rival œdipien) en valeur et en taille, sert de tampon entre le Sur-moi maternel sévère et castrateur (tu devieras idiot) et le Ça, siège de pulsions libidinales phalliques, renforcées par les propos des camarades et la curiosité sexuelle coupable.

Il projette sur les autres la responsabilité, et à ce moment, il arrive à les croire coupables et n'a pas assez d'opprobres pour des garçons pareils (le Sur-moi parle comme maman) et celle-ci renchérit quand Jacques lui tient ces discours calomnieux ; mais en définitive, c'est lui le coupable, et ses sentiments de culpabilité, ajoutés à son angoisse de Castration renforcée par le Complexe d'Œdipe, cherchent un apaisement.

Il le trouve dans la punition, provoquée par des scènes ridicules à propos d'indocilités puériles et de négativisme systématisé.

Le dénouement exceptionnellement rapide de ce cas est

certainement dû à l'interprétation fausse que Jacques avait donné à l'examen d'urine survenant immédiatement après ses propos mensongers et la phrase dite par lui « Ça se voit sur leur figure ».

OBSERVATION 3.

Service de M. le Docteur PICHON.

BERNARD, 8 ANS 1/2. *Enurésie ancienne et incontinence diurne des urines et des matières d'apparition récente.*

8 mars 1938.

L'enfant est amené par sa grand'mère chargée par ses parents de le conduire à l'hôpital pour l'énurésie qui n'a cessé que pendant un mois et demi à l'âge de six ans, lors d'un séjour à la campagne, et surtout pour l'apparition récente, d'abord épisodique, mais journalière actuellement, d'incontinence diurne des urines et des matières. Ces troubles sont rebelles à toutes les punitions.

La grand'mère dit de Bernard qu'il est « comme tous les enfants » têtue, brutal si son frère l'ennuie, étourdi. La grand'mère dit que les parents ont la main leste et que Bernard reçoit des gifles plus souvent qu'à son tour, parce qu'il agace tout le monde, qu'il ne fait attention à rien, mais ce n'est pas sérieux, on l'aime bien. Quand à l'école, la grand'mère ne peut pas nous donner de renseignements. Bernard dit qu'il est 27^e sur 45.

Il a été en nourrice depuis le 12^e jour jusqu'à 4 ans. Il a un frère de 4 ans, René. Les parents ont repris Bernard avec eux pour mettre René à sa place chez la nourrice, mais ils n'y ont laissé René que 2 ans.

A l'examen physique, absolument rien à signaler. Enfant joufflu, d'aspect infantile; assis, il semble affalé sur sa chaise, peu d'expression, il a encore une incisive de lait.

Seule avec Bernard, je n'en tire rien, à part un dessin qu'il me fait, très honteux de ne pas savoir dessiner. Cela représente un bonhomme qui conduit un camion (son père est camionneur).

Bref, enfant très instable, étourdi, refusant tout effort, pas agressif de lui-même, mais opposant une force d'inertie considérable.

Etant donné que l'énurésie a cessé à 6 ans pendant un séjour à la campagne sans ses parents, à un moment où le petit frère n'était pas non plus avec eux et qu'elle a repris dès son retour, je pense que la jalousie à l'égard du frère joue un rôle. D'autre part, Bernard ne se montre brutal qu'avec son frère et quand celui-ci l'ennuie.

Je parle donc d'autres enfants comme Bernard qui sont jaloux de leur frère, j'explique que chez lui, il y a de quoi, puisque lui-même a été privé de ses parents si longtemps, et je dis que l'envie n'est peut-être pas un très joli sentiment, mais que cela existe et que, peut-être il voudrait parfois faire vraiment du mal à René. J'ajoute que penser et agir ne sont pas synonymes, il vaut mieux savoir qu'on est envieux et essayer de s'arranger d'une autre façon pour provoquer l'envie de l'autre sur un plan où on ne peut être délogé. Lui, par exemple, qui est grand, ce serait en devenant un type fort, « un dur », un bon élève; alors papa et maman seraient fiers, il les obligerait à compter avec lui. « Notre aîné par ci, notre aîné par là ». Cela n'arrivera pas tout de suite, mais je l'aiderai et en attendant que la famille s'en aperçoive, moi je lui apporterai une récompense la semaine prochaine si le travail a bien marché. Quant aux histoires dans la culotte, moi je trouve que cela n'a aucune importance, lui dis-je, ou plutôt cela le fait paraître bête, et ça sent mauvais, mais si cela lui est agréable, et qu'il n'y ait rien qui lui soit plus agréable, je ne l'empêche pas.

22 mars.

L'enfant n'a pas voulu venir mercredi dernier parce qu'il avait une composition, les parents n'y ont pas fait d'objection, car il avait déjà fait des progrès, mais *c'est surtout depuis le 15* (c'est-à-dire depuis le jour de cette composition) qu'il a fait de gros progrès. Quant aux symptômes qui les intéressent : énurésie, il n'a fait qu'une fois seulement et un début d'émission dans sa culotte dans la journée une seule fois.

La grand'mère me dit qu'il a changé un peu, il est moins tranquille et est plus brusque qu'auparavant avec son frère. René est odieux avec son grand frère, surtout depuis 8 jours. Il lui prend ses cahiers, les cache, l'empêche de travailler tranquille. La mère, pour avoir la paix, donne raison au petit, « alors ça crie tout le temps ». Avant, Bernard recevait des gifles et cédait.

Bernard est tout content de me dire qu'il a été 17^e sur 45, je l'encourage et lui montre que son petit frère est jaloux de le voir aller à l'école. Si Bernard est un peu envieux de René parce que maman le gâte davantage, il a sans doute raison, mais grand'mère a l'air de le préférer à son petit frère (Bernard me le confirme) et c'est une compensation, et puis René aura beau faire, il ne sera jamais le grand, et il sera toujours 4 ans derrière lui, si Bernard ne se laisse pas mettre en retard en classe. Il ira en apprentissage 4 ans avant lui, et gagnera des sous 4 ans avant René.

29 mars.

Bernard n'a plus eu d'incontinence ni d'urine ni de matières, non

seulement de jour, mais de nuit. Il a fait beaucoup de progrès, dit grand'mère, et le maître l'a dit à son père. Il n'a plus jamais de reproches à lui faire, tandis qu'auparavant, c'était celui qu'il réprimandait le plus. Je demande à voir le père.

19 avril.

Bernard vient avec son père¹ un homme grand et doux. Il me dit qu'il est très content du changement de Bernard et qu'il soit devenu propre. Il voit que son caractère change aussi. La grand'mère a dit que j'avais parlé de son caractère et dit que tout se tenait. Cela les étonnait, mais en effet, le père me dit qu'il s'aperçoit depuis le changement, que Bernard n'était vraiment pas plus débrouillé que son petit frère. Il commence seulement à l'être. Il me décrit l'instabilité de Bernard : sa mère lui demande de l'aider à ranger les choses, Bernard le fait, mais ensuite, il touche à tout et sort tout ce qu'il y a dans le buffet. Sa mère le claque et le renvoie, et Bernard pleure. Souvent, il oublie les commissions qu'on l'envoie faire.

Je reste seule avec Bernard, et il me raconte que ce qui l'ennuie maintenant, c'est que son petit frère a tellement peur la nuit, qu'il ne veut pas coucher dans la chambre de papa et maman et qu'il veut se mettre dans le lit de Bernard. « Je ne dors pas bien, et puis quelquefois, j'ai de mauvais rêves ». Après un moment, Bernard ajoute : « René a de mauvaises habitudes parce qu'il est nerveux, peut-être vous pourriez le guérir de ses nerfs ». Je demande : « Quel est ton avis à toi sur les mauvaises habitudes ? » — « Oh, maman dit qu'il sera malade, elle le tape et elle dit que le docteur lui coupera ».

— Je réponds : « Eh bien, ce n'est pas vrai, tu le diras à René. C'est des histoires de croquemitaine et tu sais bien que ce n'est pas vrai non plus. On dit ça aux bébés pour leur faire peur. C'est pour ça que René est nerveux, et puis tu viendras avec lui la prochaine fois ».

On voit bien par cette entremise de son frère, que Bernard me parlait de sa propre masturbation qui provoque les rêves d'angoisse.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Enurésie diurne et nocturne (chez un enfant de 8 ans $\frac{1}{2}$, intellectuellement normal.

Incontinence des matières.

Etourderie, paresse, instabilité.

(1) Que nous apprendrons ultérieurement n'être que son père adoptif, moins indulgent pour Bernard — bien qu'il l'aime beaucoup — qu'avec René qui est son fils.

DIAGNOSTIC PSYCHANALYTIQUE.

*Inhibition avec régression affective au stade anal passif
devant une angoisse de Castration ne permettant pas
le Complexe d'Œdipe normal chez un enfant doué.*

Ce traitement est encore en cours, mais nous avons pensé qu'il intéresserait les médecins par sa simplicité même : retour au stade anal passif. Les permissions d'envie, d'ambition, d'agressivité active accompagnée de revalorisation de ses capacités (à propos des sentiments d'infériorité pour son dessin) ont permis à Bernard de passer au stade anal actif. Mais l'instabilité et les rêves d'angoisse signent le Complexe de Castration que confirment les préoccupations sur la masturbation.

OBSERVATION 4.

Service de M. le Docteur PICHON.

PAUL, 10 ANS. *Troubles de caractère : paresse, lenteur, instabilité, colères.*
Enfant unique, bon aspect physique, parents bien portants.

Amené pour consulter en médecine parce qu'il est lent, et très nerveux. Il remue sans cesse, son professeur s'en plaint. A table, il mange très lentement. Comédies le matin pour se lever. Scènes rituelles et quotidiennes soi-disant parce que sa prière n'est pas finie. Par moments, soucis obsessionnels au coucher pour le soin de ses vêtements, d'autres fois, désordre, saleté, il « met tout en fouillis ».

Au point de vue scolaire, il est en septième au lycée, bon en dessin, en récitation, en lecture, très mauvais en orthographe, médiocre en calcul. Mauvaises notes de leçons, irrégularité des notes de devoirs, très mauvaises notes d'application et de conduite. Rien à signaler vis-à-vis de ses camarades.

Avec son père, zizanies continuelles. Le père est très nerveux dit la mère, et ne peut pas supporter l'enfant (?).

Il y a conflits continuels entre les parents à propos de lui.

Au cours de toutes ces querelles familiales, Paul se montre fanfaron et impertinent, triomphant des points qu'il marque, si bien que la mère engagée dans la discussion entre le père et le fils pour défendre l'enfant, se met à le gronder parce qu'il profite de la situation. Et c'est elle « qui prend », selon son expression. Bref, scènes perpétuelles, atmos-

phère familiale en effervescence pour « *des riens* ». Par exemple, si Paul mange ou non du pain avec sa viande, s'il s'assoit de travers sur un fauteuil, s'il remue sur sa chaise, etc...

Il semble net que Paul, fils unique, exploite une situation tendue du couple parental, sans rapport avec l'enfant. Il lui est alors impossible de faire son Complexe d'Œdipe sans un sentiment démesuré de culpabilité qui se met au service du Complexe de Castration et oblige à l'échec auto-punitif.

Le but thérapeutique qu'il faut viser, c'est de dissocier le trio en permettant à Paul des triomphes réels dérivés d'une situation œdipienne, mais jouée sur des substituts des objets œdipiens, hors de la famille.

Mais la mère travaille, ne pourra pas revenir. Il faut donc aller vite. (Elle acceptera à la fin de notre entretien que Paul revienne seul s'il le faut).

Sans mettre en doute ce que nous dit la mère d'un ton assez passionné à propos du père, nous n'envisageons que ce qu'elle nous dit de son attitude à elle vis-à-vis de Paul.

— « Qu'elle nous fasse confiance, Paul n'a besoin ni de médicaments, ni de changement d'air.

Suivent des conseils d'ordre général et très simples, donnés en présence de l'enfant, et visant à ramener les incidents familiaux à leurs justes proportions. Nous essayons de dévaloriser le rôle que la mère croit devoir y jouer. Paul est assez grand pour avoir des querelles avec son père, sans qu'elle intervienne, disons-nous. Il n'a pas besoin d'être défendu. Et puis, manger lentement, manger du pain ou non, au strict point de vue de Paul, n'importe en aucune façon. Si Paul n'a pas fini de déjeuner en même temps que les autres, il n'a qu'à prendre son assiette avec lui et finir dans un coin et le reporter ensuite tout seul à la cuisine. S'il ne veut pas manger toute sa portion, il n'a qu'à laisser, cela ne gêne personne. Le jour où il aura faim, il mangera davantage. D'ailleurs, mieux vaut qu'il se serve lui-même au lieu d'être servi. Il prendra selon son appétit.

Ces propos de bon sens semblent stupéfier la mère, autant que l'enfant. Cette conversation sans passion amorce le transfert de l'enfant et provoque la question de la mère : « Mais alors, que dois-je faire. Si vous croyez que c'est facile ! »

— « Je sais, lui dis-je, de loin on voit les choses froidement. Ne « vous mettez point martel en tête, et si vous voulez me faire confiance, « promettez-moi une seule chose que pour cette semaine : le matin vous « direz à Paul une seule fois l'heure, et ne vous occuperez plus de rien !

« Qu'il aille au lycée ou non, qu'il parte en retard ou sans déjeuner, sans se laver, vous ne vous en occuperez pas. S'il est mis en retenue, tant pis pour lui, et s'il s'arrange pour ne pas être puni au lycée, tant mieux pour lui. Cela ne se passera peut-être pas sans anicroches, il en souffrira et vous aussi. Mais tenez bon, je ne vous demande que cela pour 8 jours. Et si vous voulez vraiment m'aider, agissez sans aucun esprit de brimade. S'il n'est pas arrivé à se lever à temps et s'il est puni, ne triomphez pas. Au contraire, consolez-le et encouragez-le pour le lendemain ».

Paul reste seul ensuite avec moi. Un très bon contact s'établit. Il me parle de choses et d'autres et me raconte avec un air de fanfaron triomphant, et de victime à la fin, un incident récent. C'était à propos de l'achat par sa mère d'un service de table, alors qu'il l'avait choisi et conseillé. Son père était furieux et il « l'a grondé et giflé. »

Je reprends son récit et lui montre ce qui a dû se passer : Il a été flatté que maman achète ce qu'il trouvait beau — ce qu'elle a fait parce que son goût coïncidait sans doute avec celui de Paul. Mais Paul voulait voir là une victoire personnelle et il a dû s'en vanter pour taquiner son père, lui faire « la nique ». Naturellement, papa qui est malin, a compris l'intention impertinente. Paul cherchait la gifle et il l'a reçue. En réalité, Paul savait fort bien que maman n'avait pas acheté ce service de table en vue de le flatter. Il a utilisé une occasion qui se présentait pour se disputer avec son père en prenant ensuite l'air de la pauvre victime.

Paul est un peu vexé, mais il avoue que ce que je lui dis est la vérité.

Alors, je lui explique qu'il est jaloux de maman et qu'il est malheureux. Il veut crâner, se tromper lui-même, se dire que maman n'aime que lui, et triompher de son père. Mais il n'y a rien à faire, son père compte aussi. C'est comme cela. Ses parents n'ont pas eu besoin de lui pour vivre, tandis que lui ne pourrait se passer d'eux. C'est pour cela qu'au lieu d'être content quand il remporte une victoire près de maman, c'est comme s'il faisait quelque chose de mal et il ne peut pas en profiter. Il cherche à se faire punir.

Une semaine après cet entretien, Paul revient seul et m'apporte une lettre de sa mère où elle me dit qu'elle est très satisfaite de Paul. Elle avait commencé par désespérer les 2 premiers jours qui ont suivi notre consultation. Il n'a jamais été aussi terrible. Malgré tout, elle a tenu la promesse qu'elle nous avait faite pour le matin, et Paul se lève maintenant tout seul et avant l'heure. Ce dont, surprise et ravie, elle me remercie.

Paul est épanoui et calme en me racontant le contenu de la lettre qu'il connaît.

Il me dit qu'avec son père cela a été très mal les 3 premiers jours.

C'étaient des drames à tous les repas, toujours à propos de sa lenteur et parce qu'il mange, soit son pain seul en oubliant le plat, soit le plat en oubliant son pain. Papa se fâchait et maman ne disait rien. Mais il y a déjà 4 jours qu'il n'y a plus d'incidents à table, parce que — sans le faire exprès — il n'oublie plus et mange à la fois son pain et son plat; et il en est le premier surpris.

Il a eu 6 - 7 - 8 - 9, en leçon puis hier... 3 ! Il est navré pour sa moyenne. Il savait très bien sa leçon, pourtant, et voulait avoir 10. On a demandé les affluents de la Loire et il a dit ceux de la Seine, mais sans faute et c'est pour cela qu'au lieu de 0, il a eu 3. Il veut remonter sa moyenne. Je l'y encourage, et lui dit que ce n'est pas très grave et lui montre le côté *échec psychogène* dans cette étourderie, *comme* s'il n'avait pas le droit d'avoir 10. Paul ajoute qu'il redoutait les reproches de son professeur, mais celui-ci n'a rien dit. Il y a 3 jours, voyant qu'il savait mieux ses leçons, le professeur avait dit : « Paul remonte dans mon estime », et hier, peu après l'incident de géographie, comme Paul avait compris le premier un problème oral, le professeur a dit « Paul sera classé dans les intelligents ». Paul est tout fier, et je lui dis qu'il me fait grand plaisir, ainsi qu'à sa mère.

Il me raconte encore qu'il a flanqué un coup à un sale type qui le menaçait tout le temps et qui depuis longtemps, se vantait devant tout le monde d'être plus fort que lui. Paul avait toujours évité de l'approcher parce que les autres en avaient peur. Il en avait déjà « amochés ». « Mais tant pis, cette fois j'ai dit « on verra » et puis c'est l'autre qui est tombé. Il était furieux et vexé, et tout le monde était content. « Eh ben, vous voyez, je croyais que ce type-là, i m'aurait. »

Nous voyons donc comment l'ambivalence fixée sur le père a pu être déplacée sur le monde extérieur. La composante homosexuelle positive amoureuse refoulée a été déplacée sur le professeur (qu'on est fier de séduire), et est utilisée par la sublimation, et la composante négative, agressive, trouve à se déplacer sur « un sale type fort » qui sert de substitut à l'objet œdipien.

En même temps la situation familiale s'allège. Paul peut être heureux de faire plaisir à maman, l'énergie libidinale est déplacée de la rivalité œdipienne, entraînant le Complexe de Castration, sur la lutte pour la vie selon son plan véritable : les victoires scolaires et autres, non seulement permises mais encouragées par l'entourage (parents et camarades). Et nous voyons comment l'angoisse de Castration joue encore au début

sur ces conquêtes en déterminant des échecs auto-punitifs (la mauvaise note par étourderie) infligés par le Sur-moi.

Ce cas, d'aspect médical et compliqué était donc très simple. Un entretien avec la mère devant l'enfant, et deux entretiens seule avec celui-ci, ont modifié les symptômes.

Mais ne nous leurrions pas. Notre thérapeutique n'a pas guéri Paul.

Elle lui a uniquement permis de prendre conscience de sa place dans la vie avec une optique nouvelle. C'est le déplacement réussi avec des satisfactions à la clé, qui ont permis à l'Inconscient de l'enfant d'abandonner ses symptômes. Les 3 premières journées (pires que jamais) montrent la résistance inconsciente de Paul. Heureusement, pour l'enfant, la mère tint la promesse qu'elle nous avait faite. Son silence au lieu de son intervention habituelle pendant les incidents des premiers jours à table, a permis au Complexe de Castration de l'emporter « *normalement* » sur le Complexe d'Œdipe. Le « *Charme* » au sens magique du mot, qui maintenait l'enfant dans une attitude sado-masochiste vis-à-vis de son père a été rompu, une énorme libération libidinale s'ensuivit qui pouvait immédiatement servir à investir les possibilités de sublimation. Et si l'on veut nous permettre de comparer cette opération à une dissociation chimique — nous dirons que notre rôle de psychothérapeute fut seulement un rôle de catalyseur. Un travail reste encore à faire, que la suite de ses succès lui permettra, espérons-le : c'est l'adoucissement de la sévérité du Sur-moi.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Paresse, lenteur, instabilité, troubles du caractère, niveau mental supérieur au niveau moyen de son âge.

DIAGNOSTIC PSYCHANALYTIQUE.

Conflit insoluble entre Complexe de Castration et Complexe d'Œdipe intriqués, avec Symptomatologie réactionnelle sur le mode dit de « Castration anale ».

LE PRONOSTIC est bon, mais un travail reste encore à faire que la suite de ses succès scolaires permettra à Paul, espérons-le. C'est l'adoucissement de la sévérité du Sur-moi.

Des cas semblables sont très nombreux. On pourrait même dire que Paul est plus ou moins le type de l'enfant unique doué chez qui le Complexe de Castration est obligatoirement très violent, car la situation œdipienne doit nécessairement se jouer vis-à-vis du père sans possibilité de la déplacer.

C'est pourquoi nous avons tenu à relater les détails de nos entretiens, vu l'intérêt général que présente ce cas pour tous les médecins.

OBSERVATION 5.

Service de M. le Docteur PICHON.

ROLAND, 8 ANS.

30 novembre.

Enfant instable, nerveux chez lui et en classe, présentant en outre de l'énurésie, amené par sa mère, sur le conseil du directeur de l'école.

3 autres enfants, Jacqueline 5 ans, Lucienne 4 ans, Daniel 1 an, et la mère est enceinte. Entre Roland et Jacqueline une fausse couche spontanée de 4 mois 1/2.

Roland a été élevé au sein jusqu'à 1 an, il n'a jamais quitté ses parents. Il était propre à 2 ans 1/2, est resté propre encore après la naissance de Jacqueline, jusqu'au moment où la mère, enceinte de Lucienne, a envoyé Roland coucher tous les soirs chez sa grand'mère qui habite tout à côté d'eux.

C'est là qu'il s'est mis presque aussitôt à uriner au lit, et il n'a pas cessé, malgré tous les moyens éducatifs essayés (promesses de cadeau ou punitions).

Roland est très jaloux de ses sœurs et méchant, très taquin avec elles. Il est taquin mais affectueux avec son frère Daniel, qui a un an. Les troubles du caractère : méchanceté, indiscipline, instabilité, caprices, colères, sont surtout apparus depuis un an. « Il faut crier tout le temps après lui », dit la mère, mais il n'est jamais battu. Je souligne la coïncidence, le petit frère a un an. Sans nul doute, la naissance de ce 2^e garçon le déloge à ses yeux dans le cœur de maman. Tant qu'il n'y avait que des filles, il souffrait moins.

Au début de l'entretien avec sa mère, Roland nous regardait d'un air hâbleur et buté. Il avait refusé de dessiner et de s'asseoir. A la fin de l'entretien, il est honteux et triste, et écoute ce que nous disons.

Je garde Roland seul et je lui parle du chagrin que c'est, pour un aîné qui a eu sa maman pour lui tout seul pendant 3 ans, d'en voir

arriver d'autres. Roland pleure de grosses larmes sans rien dire. A ma demande, « s'il veut guérir de son pipi au lit », il me répond : « Non, ça m'est bien égal » (et il semble sincère) « C'est maman qui veut. »

Je n'insiste pas, sentant que la mère est « brûlée » pour l'instant. J'exalte le rôle et les possibilités d'un « aîné » dans une famille. Pour Daniel, il est comme un géant qui sait tout. Plus tard il pourra travailler comme un homme.

Roland me parle alors de son oncle qui est dans les chemins de fer, et il veut faire comme lui. Son père est livreur de colis. « Il est sévère », mais du ton dont Roland le dit, je sens qu'il l'aime, admire sa sévérité. Je lui dis alors que s'il devenait un vrai grand garçon, son père serait fier de lui. Cela semble le toucher.

Nous abordons l'hygiène de la propreté génitale. Roland m'avoue qu'il ne se lave presque jamais et juste la figure. Sa verge le démange souvent, surtout la nuit. Je lui demande s'il se gratte même quand ça ne le démange pas. — Il répond « oui » tout bas en baissant la tête. Je demande qui l'a défendu pour qu'il ait tellement honte. « C'est grand' mère, elle dit qu'elle le dira à papa ». (Remarquons que c'est dès le coucher chez elle qu'est apparue l'énurésie).

Je minimise l'importance de cela, en insistant sur la propreté journalière et surtout sur des choses bien plus intéressantes : le travail et les prérogatives de l'aîné.

21 décembre.

La mère revient avec Roland. Il y a 8 jours, Daniel a été si malade (congestion pulmonaire) qu'elle a dû le conduire à l'hôpital. On a craint pour sa vie. Maintenant, il est sauvé.

Roland avait fait beaucoup moins au lit la 1^{re} semaine après notre entretien, mais l'incontinence a repris de plus belle la 2^e semaine.

En même temps, il a fait 8 jours l'école buissonnière (depuis que Daniel était malade). A l'école, la maîtresse dit qu'il ferait tout ce qu'on voudrait, si on pouvait s'occuper spécialement de lui.

Et la mère demande à ce que je l'en débarrasse parce qu'il est trop dur, en l'envoyant en préventorium, ou à la campagne ! (le nombre de parents qui viennent demander cela pour les mêmes raisons !)

J'explique à la mère qu'en l'éloignant d'elle, elle lui fera croire qu'elle l'aime moins que les autres, et c'est ce qu'il croit déjà. Il en est malheureux, c'est pour cela qu'il se venge sur les autres et qu'il est insupportable.

(Et devant la mère, je parle de sa grossesse (non dissimulée).

Avec Roland seul, je continue à parler de ce sujet. Il me dit d'un air honteux, qu'il le savait, mais qu'il faisait semblant de ne pas savoir, parce qu'on croyait qu'il ne comprenait pas. Je réponds qu'il ne faut pas être honteux d'être intelligent, au contraire. Je lui dis que lui aussi, il a été dans le ventre de sa maman longtemps avant de naître, et

après elle l'a nourri de son lait, comme tous les autres, et quand il était malade, maman ne s'occupait plus que de lui comme pour Daniel la semaine dernière.

Pendant ces 8 jours d'école buissonnière, il me raconte qu'il a fait des commissions pour un monsieur qui est plombier. Il a voulu lui donner 4 sous, mais Roland aurait refusé. Les derniers jours, il allait demander des caisses vides au marché et il les rapportait sur son dos à maman pour faire du feu et qu'elle économise du fagot (donc pour se faire pardonner sa fugue et pour partager la culpabilité avec maman en même temps que pour jouer au « grand ». J'écoute sans répondre et ne le gronde pas du tout pour l'école buissonnière.

28 décembre.

N'a fait au lit que 2 fois, les 2 nuits passées chez ses parents. Les autres nuits, chez sa grand'mère, pas d'énurésie, mais des cauchemars avec réveil terrorisé.

A sa mère, il dit qu'il ne se rappelle pas ses rêves, mais à moi seule, il me les a racontés. On veut lui couper la tête. Un crocodile lui avale la main et l'avant-bras. On l'a enfermé en prison et il se sauve avec son copain. Il rêve souvent qu'un monsieur lui coupe la tête.

La nuit du rêve de la prison, il avait joué avec son copain à l'auto. Ils avaient accroché une carabine à l'auto et ils s'amusaient à tuer le chat en lui tirant dans la queue. « Ça lui faisait mal, mais on l'empêchait de se sauver, et c'était drôle, n'est-ce pas ? » Je réponds : « Sûrement ! »

10 janvier.

(15 jours après). La mère me dit qu'il n'a fait au lit qu'une seule fois, et à peine, cela l'a réveillé. C'était après une journée particulièrement bonne où il avait joué au train et au loto avec papa. Roland a meilleure mine, il ne rêve plus. Il dort et mange bien. Il est de plus en plus gentil avec son frère, qu'il ne taquine plus jamais. Avec ses sœurs, il n'y a plus les mêmes querelles.

Seul avec moi, Roland se met à bavarder librement. Il est content de ne plus avoir ces mauvais rêves qui lui faisaient peur à s'endormir.

Il me raconte des tas d'histoires où il a beau rôle. Il ira chez le coiffeur tout seul. Il aide papa à porter des caisses de 100 kg. ! Maman a besoin de lui. A la maison, on a besoin d'un garçon qui aide à tout, chercher du bois, porter le petit frère, etc. !

Il me dit qu'il donnera tous ses jouets à son petit frère quand il sera grand, et « tout ce qu'il a, c'est à Daniel aussi !! »

« Et pis... même à ma sœur. Vous comprenez, elle veut jouer avec mon train, alors quand moi, j'ai à aider à papa ou maman, pour des choses, ça m'est égal, j'y dis qu'elle peut jouer avec pendant ce temps-la. »

Quant à l'école, selon le mécanisme de la projection, la maîtresse est « devenue gentille ».

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Nervosité. Enurésie et troubles du caractère d'apparition récente chez un aîné d'une famille nombreuse pauvre.

DIAGNOSTIC PSYCHANALYTIQUE.

Troubles du caractère et énurésie par Complexe de Castration non liquidé.

Si Paul était le type de l'enfant unique, Roland, lui, est le type de l'aîné récalcitrant d'une nombreuse famille.

Les symptômes qui ont pour but de donner du travail supplémentaire à maman ont du moins l'avantage de l'obliger à s'occuper de lui comme des plus jeunes, aussi tous les moyens de coercition qui visent à les supprimer (les menaces de la grand'mère) ont pour seul effet de provoquer des angoisses et des terreurs nocturnes.

Il fallait réconcilier Roland avec sa mère, les filles, les femmes, le considérer en grand garçon (lui parler ouvertement de la grossesse de sa mère) et lui donner le désir de conquérir l'estime des grandes personnes. C'est ainsi qu'on pouvait lui permettre de renoncer à l'attitude objectale infantile.

Le Complexe de Castration non liquidé est symboliquement exprimé par le rêve de guillotine qui suit les jeux sadiques.

La liquidation du Complexe de Castration s'est traduite par le rêve où il se sauve de prison après avoir tiré dans la queue du chat, et surtout parce que, en me racontant ses rêves (à moi seule) il me confiait sur le plan symbolique, son angoisse de mutilation sexuelle et que, d'après mon attitude au récit du chat, j'étais consentante pour la vengeance sur le chat (projection du père).

OBSERVATION 6.

Service de M. le Docteur PICHON.

GÉRARD, 8 ANS 1/2. *Enurésie et troubles du caractère.*

2 novembre.

Enfant unique, n'a jamais quitté ses parents, intelligent (1^{ers} mots à 10 mois) amené par sa mère, pour incontinence d'urine.

Gérard urine au lit, une fois au moins chaque nuit, parfois plusieurs fois.

Il a cessé durant l'été 1938 pendant 15 jours, au début de ses vacances.

Il couche seul. Examen négatif. Organes génitaux normaux. L'enfant paraît intelligent, est bon élève en classe, 3^e ou 4^e sur 30.

Le père est dans la Police (officier) il est très craintif pour l'enfant. Il ne veut pas qu'il joue de peur qu'il ne transpire, il ne peut supporter le bruit, il prédit toujours une maladie si Gérard sort par la pluie ou le froid, et s'il joue avec d'autres, il craint les maladies contagieuses.

Les parents sont d'avis contraire, car la mère voudrait mettre Gérard aux Louveteaux pour qu'il voie d'autres enfants. (Je l'y encourage).

Les jeudis et les dimanches, Gérard reste seul avec ses parents ou avec sa mère, à la maison, ainsi que le désire le père.

Seule avec Gérard, un bon contact s'établit, après qu'il eût longtemps retenu sa mère, car il avait peur qu'en restant seul avec moi « on la lui coupe. Maman le lui avait dit. Il y avait longtemps qu'on le menaçait de l'hôpital. Je le rassure et lui dis que cela ne s'est jamais fait. Cela n'existe pas plus que le croquemitaine. Je lui dis que le pipi au lit ne vient pas de la masturbation. « Je le faisais quand j'étais petit, mais ça ne m'arrive plus jamais de me toucher, j'ai compris que c'était laid ». — « Oui, lui dis-je, ce n'est pas joli non plus de mettre les doigts dans le nez, mais ce n'est pas épouvantable, et ça n'enrhume pas. Ça arrive de temps en temps, mais pas en public. Quand les enfants s'ennuient, c'est quelquefois plus fort qu'eux. »

Il me parle de papa qui est sévère. « Il est dans la Police ! alors il est terrible (sic). Ça ne va pas du tout avec lui. Il tire les cheveux, et il gille si on parle fort. Il ne veut pas que je joue au train électrique, parceque ça fait du bruit, et c'est lui qui me l'a donné ». Je lui dis d'en profiter quand il n'est pas là et de dessiner ou de peindre quand papa est à la maison.

9 novembre.

Gérard n'a pas une seule fois uriné au lit de la semaine, mais il a été bien plus désobéissant et intraitable. La mère est enchantée

du résultat pour le pipi au lit, mais affolée de ce qu'il est devenu indiscipliné et répondeur.

Seule avec Gérard, je lui montre le rôle auto-punitif de ses troubles. Il se donne le droit d'être un vrai garçon, et j'en suis ravie, je l'en félicite, mais il n'a pas besoin pour cela de se faire punir et gronder, comme un petit bébé, alors maman se décourage et ne l'estime plus.

Je conseille à la mère de le mettre aux Louveteaux pour donner une issue à son besoin de remuer, de faire du bruit, et le mettre dans une atmosphère de jeunes, mais aussi de lui demander de faire quelques efforts pour lui faire plaisir en échange du scoutisme.

A l'école, toujours excellentes notes.

16 novembre.

La propreté a duré. L'enfant en semble fier. Gérard est aux Louveteaux et en est ravi.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Enurésie et troubles du caractère chez un enfant de 8 ans 1/2 à niveau mental supérieur.

DIAGNOSTIC PSYCHANALYTIQUE.

Régression au stade sado-phallique urétral par impossibilité de résoudre le Complexe d'Œdipe, sous la menace inconsciente d'un Complexe de Castration renforcé par l'attitude paternelle. Attitude masochiste vis-à-vis du monde extérieur et du Sur-moi, visant à apaiser l'angoisse liée au sentiment inconscient de culpabilité, symptôme régressif.

Nous voyons dans ce cas extrêmement simple, le rôle économique du symptôme pour l'Inconscient.

L'énurésie est doublement déterminée :

1° Protestation d'agressivité, devant la menace de mutilation sexuelle.

2° Substitut sur le mode régressif sadique urétral de la masturbation phallique.

L'énurésie est donc coupable et entraîne les fantasmes et l'attitude masochique vis-à-vis du père.

L'assurance du médecin qu'on ne le châtrerait pas et que ce n'était pas défendu ni « horrible » de se masturber — bien

que ce ne soit pas « joli », entraîne la suppression du symptôme, mais la culpabilité devant le Sur-moi paternel, l'oblige à provoquer de nouvelles menaces d'être renié par la mère.

La prise de conscience de ce mécanisme apporte l'apaisement de cette angoisse et permet à Gérard d'être soutenu par sa mère contre son père (C'est ce que signifient les louteteaux) et d'aller dans le sens normal.

Dans ce cas, il semble bien que le père de Gérard soit un anxieux pathologique, et que le choix de son métier trahisse un violent refoulement des pulsions agressives que dès lors il ne peut pas permettre à ce fils unique (son alter-ego) pour la vie duquel il craint tant.

OBSERVATION 7.

Service de M. le Docteur PICHON.

DENIS, 10 ANS 1/2. *Inhibition par angoisse à la mort du père.*

30/3/38.

L'enfant est amené en consultation de médecine pour son retard scolaire considérable, impossibilité de suivre la classe. Bon enfant, très doux, inattentif, au visage figé, inexpressif. Très bon état général.

L'enfant est né à 8 mois, l'accoucheur a dit que le délivre était aussi lourd que l'enfant (?). Pas de coryza à la naissance. Pas de grosse rate. La mère est bien portante, vive, gaie, bruyante, intelligente, type méridional, « n'a dit-elle vécu que pour son enfant » depuis la mort du père décédé de tuberculose pulmonaire, suites de guerre, quand Denis avait 5 ans.

Enfant unique. Il a toujours vécu chez sa mère.

Denis est à l'école depuis l'âge de 7 ans. Vers 8 ans, le travail scolaire commencé à fléchir. Il est dans une institution religieuse où la question du renvoi ne se pose pas.

Au premier examen, le Dr PICHON note : « Il faut lui tirer les « mots de la bouche pour lui faire dire que Paris est la capitale de « la France, et l'Angleterre une île. Sur l'antériorité de Charlemagne « par rapport à Napoléon, l'enfant dit l'inverse de la vérité et paraît « peu se soucier de ce qu'on lui demande ni de ce qu'on dit. »

Après le test Binet-Simon qui montre une intelligence supérieure au niveau moyen de son âge; on note : « les troubles qu'il présente « sont des troubles du caractère. Ils n'ont commencé qu'après la mort

« du père. » En effet, questionnée, la mère signale que le changement du caractère date de la mort du père, l'enfant qui avait 5 ans et demi a menacé de se suicider. On décide une psychothérapie.

27/4/38.

Enfant au visage parfaitement immobile, il ne tourne pas la tête, a les yeux baissés, il est figé comme une statue et sa voix est douce comme celle d'une petite fille, il n'ouvre la bouche que pour parler et la referme aussitôt. Au début, *totalemtent inattentif*, peu à peu en le faisant parler de son père, de sa mère, des autres au collège, on voit que l'image de son père décédé, est celle d'un « surhomme », que sa mère ne lui inspire aucune confiance pour les choses sérieuses, mais qu'il l'aime beaucoup.

De plus, elle paraît compréhensive.

Après avoir éclairé l'enfant sur les questions sexuelles, naissance des enfants, filles et garçons, etc. dont ils parlent ensemble en fabulant à l'école, j'ai conseillé à la mère de le mettre dans une école d'esprit plus ouvert, malgré sa crainte « des dangers » dans les écoles de l'Etat.

4 mai 1938. Il a fait des progrès en classe. Le maître a signalé une très bonne application. (Notons un rêve d'angoisse : bandits qui voudraient le tuer; un rêve agréable : il était ici et il me parlait).

11 mai 1938. En bonne voie. Meilleures notes, 8-9-9, pas encore de 10. L'enfant pose des questions comme celles-ci : Pourquoi y a-t-il des gens qui chantent bien et d'autres qui chantent mal ? Détails sur les sortes de serpents ? Comment sont grands les bébés qui naissent ? L'enfant lit d'un bout à l'autre ses livres de classe au début de l'année scolaire, puis est dépité de n'y pas trouver l'explication de tout. Ensuite, il ne trouve pas d'intérêt à apprendre ses leçons.

La semaine prochaine, retraite et 1^{re} Communion.

Recommandation à la mère de lui donner à lire des livres de Jules Verne, et Sciences et Voyages.

25 mai 1938. Denis a fait sa 1^{re} communion. Il m'apporte une image et sa photo.

L'enfant m'apporte une dictée mauvaise où les fautes sont soulignées par le maître, mais non corrigées par l'enfant au moment où on épelle à haute voix. Un problème faux, mais non compris ensuite, car le maître refuse d'expliquer après la classe.

Je conseille de demander aux camarades qui ont trouvé la solution, leur copie après correction.

Rêve : qu'il arrive trop tard, les autres sont déjà partis, il ne sait pas où, il est perdu. (Exactement les difficultés scolaires devant lesquelles il se trouve maintenant toujours en retard sur les autres).

Conseils de leçons par un étudiant ou en tous cas, un *homme*, afin qu'il réussisse l'examen de passage pour changer d'école.

La mère a revu le médecin traitant habituel qui l'a chaudement encouragée à persévérer dans le traitement psychothérapique au moins 3 mois. Elle s'attendait à ce qu'il en rie.

1^{er} juin 1938. Denis, aujourd'hui, pendant tout l'entretien *me regarde en face*. Sa mère l'a fait inscrire aux Scouts de France. Denis en est *très heureux*. Il est sorti Dimanche, a osé risquer de monter aux arbres comme les autres, au début sans résultat, et le soir il y est arrivé malgré une chute d'une branche. Mais le soir venu, à la maison, en voulant sculpter son bâton de scout, il s'est entaillé le pouce gauche assez profondément.

Je lui explique le mécanisme d'auto-punition, je lui dis qu'il faut continuer à grandir comme un homme malgré ces petites épreuves qui voudraient lui faire peur comme les cauchemars du début du traitement.

— Nous parlons de son père qui serait *fier* ici bas et qui l'est (de là où il le voit, car Denis est très croyant) de voir que son fils qui est son remplaçant, sa continuation sur terre, devient un type épantant comme lui. Il n'est pas jaloux. *Au contraire !*

Après quelques minutes de silence, Denis me raconte (!) : « Aux Scouts protestants, il y en a un qui s'amusait à planter son couteau dans un beau chêne le couteau a rebondi, est revenu et lui est entré dans la joue qu'il a percée de part en part ». Cette anecdote associée à son père est significative.

Parlé à la mère. Je la félicite de son initiative des scouts. Alors elle me dit *le sacrifice que c'est pour elle de quitter le petit, de le voir heureux de faire son sac sans penser à elle*; et elle lui en faisait le reproche l'autre jour. (Or, tout à l'heure, j'avais abordé avec Denis cet aspect de son mécanisme d'auto-punition et il m'a répondu : « Oh non, je savais que c'était maman qui m'avait inscrit elle-même »).

La même me dit que lorsque son mari est mort, elle a été longue à pouvoir supporter l'enfant, « qu'il vive, lui, et que son mari soit parti, c'était expose-t-elle, terrible pour elle ». Ils auraient pu avoir un autre enfant pour remplacer celui-ci s'il était mort au lieu de son père. Elle ne pouvait supporter sa gaité, ses questions.

— *Voici donc la confirmation du conflit dont Denis a souffert.*

La même ajoute : « C'est 2 ans après, vers 7 ans que tout d'un coup, je me suis aperçue que l'enfant n'était plus le même et pas comme les autres, et que je l'ai mené chez « les Docteurs ».

J'avais précédemment noté en parlant avec elle, malgré sa satisfaction de l'amélioration du petit, et la confirmation de la bonne influence de ce traitement par son médecin de famille (s'il avait dit le contraire, elle ne m'aurait plus ramené Denis), j'avais noté la jalousie visible de sa mère à mon égard. « Vous êtes pourtant une femme, eh bien, il n'y a plus que vous qui avez raison et qui sachiez tout, je trouve ça

un peu fort, moi qui ai toujours essayé de ne vivre que pour lui, et d'avoir sa confiance; par système il ne croit rien de ce que je dis ».

J'ai donc aujourd'hui insisté sur la très bonne idée, qu'elle a eue seule, de le mettre aux scouts, devant l'enfant, qu'elle était une aide pour nous. Et que si Denis s'attachait à ses chefs, même au risque que nous passions, elle et moi, au second plan, il faudrait qu'elle s'en réjouisse.

Je lui dis *qu'à elle aussi*, la liberté des jours de camps et de sortie du petit lui serait salulaire. Qu'elle avait le droit de vivre pour elle et non toujours *pour l'enfant* pour qui c'est un poids un peu lourd de se sentir le centre exclusif de sa peine, de ses soucis, de sa satisfaction.

La mère me dit d'elle-même que ce qui la frappe le plus dans le petit, c'est que, depuis quelques jours, il regarde en face en parlant aux gens ce *qu'il ne faisait jamais*.

8 juin 1938. Il a été passer les vacances de la Pentecôte au camp sans incident. Cette vie nouvelle lui plaît beaucoup. Prestige des chefs, admiration des camarades « gentils et calés », pas comme à l'école. Bien qu'il pensât qu'on serait mieux en auto, il ne l'a pas avoué et a marché comme tout le monde. Seulement la courroie de son sac s'est cassée. Heureux hasard grâce auquel on le lui a porté.

La nuit, en somaambule, est sorti de son sac de couchage pour s'étendre à côté d'un autre qui est son préféré.

15 juin 1938. En bonne voie. Il y a maintenant des petits conflits avec la mère, à propos de problèmes d'arithmétique qu'elle veut lui inculquer. Maman a la main leste, et Denis recoit des gifles. Tout cela n'est pas dramatique et prouve que les relations familiales sont entrées dans une nouvelle voie.

Denis se plaint de douleurs à la marche dans le membre inférieur droit, genou, crête tibiale, hanche. Je l'envoie consulter en chirurgie. (On ne trouvera rien).

Parlé à la mère qui s'étonne de son changement que tous remarquent. Denis parle ouvertement, etc.

« Mais quand il s'agit de problèmes, ses yeux deviennent sans expression, il n'écoute plus ». *Et il aime les gifles* » !

Je fais comprendre à la mère que ce sont les *bases* qui lui manquent. Il lui faut des leçons qui reprennent les études à partir du commencement.

Interrogeant la mère sur l'habillement de Denis — car j'ai remarqué les différents vêtements, qu'il a toujours des culottes à pont — Sa mère me dit qu'elle les arrange toujours exprès ainsi, même quand elle les achète à braguette, parce *qu'elle trouve cela plus convenable et plus propre* (sic). Longtemps le petit était habillé en fille et elle me dit encore — à ma demande — *que jusqu'à 7 ans il avait des boucles*

admirables et que cela a été un sacrifice terrible pour elle de les couper.

La mère se désole *bruyamment* en « comprenant maintenant » qu'elle a rendu un mauvais service à son fils. Dès maintenant, elle lui mettra des culottes comme les autres garçons. — « Ah, si on m'avait dit tout cela plus tôt ! » Mais au lieu d'en sembler marrie, elle semble trouver cela drôle (?).

22 juin. Bonne voie. L'enfant va être changé d'école. Lettre au nouveau maître pour lui expliquer la nécessité de recommencer l'enseignement des bases.

A propos de la règle de trois que je lui explique et qu'il comprend pour a 1^{re} fois, je lui montre : 1° qu'il doute de lui-même ; 2° que, quand il voit un nombre, il perd complètement le sens de ce nombre (francs, mètres d'étoffes, pommes, etc.) cela devient un chiffre désin-séré du réel dont on ne sait ni quoi faire, ni comment il est arrivé dans une opération.

Aujourd'hui, l'enfant est fatigué et fiévreux. Vaccin infecté, ganglion axillaire.

Lettre à l'instituteur qui s'occupera de lui prochainement en leçons particulières.

29 juin. La mère de Paul ne veut pas qu'il aille au camp cet été. Il n'y a rien à faire, car elle a fait le vœu d'aller avec Denis à Lourdes demander la guérison des jambes du grand-père maternel !

Il est bien regrettable et significatif qu'elle ait fait ce vœu il y a 3 semaines. Paul ira ensuite 2 mois à St-Etienne, où son cousin instituteur va le faire travailler.

Psychothérapie sur le plan conscient. A *Denis* : conseils de vie (en vacances, il se laisse apporter son petit déjeuner dans son lit, puis ne se lève qu'à 10 heures !) Je lui soumets d'autres suggestions d'emploi de ses matins.

A *la mère* : qu'elle ne s'occupe rigoureusement pas du travail pendant les vacances. Qu'elle laisse au cousin la seule et exclusive direction du travail et des sanctions s'il n'est pas fait, sans qu'elle s'occupe d'imposer les heures de devoirs ou de vérifier l'exécution du programme.

6 juillet. Denis parle un peu de tout, surtout de l'extérieur des hommes adultes (chapeaux, taille, air anglais du D^r PICHON, marques de coups reçus au cours de petites batailles entre chefs scouts). Il me raconte les jeux sportifs, il veut apprendre à nager cet été et tout seul récemment, il est arrivé à se maintenir pour la 1^{re} fois dans l'eau en faisant des mouvements de bras, mais il n'ose pas encore faire des mouvements de jambes. « Et puis c'est trop fatigant ».

Il m'écrira cet été et reviendra en octobre.

Denis me dit qu'avant de me connaître, il rêvait souvent, et toujours

des cauchemars, maintenant il ne rêve presque plus, et ce n'est jamais désagréable.

28 décembre 1938. Denis revient en excellent état. Il est à l'école communale. Une lettre du maître qui m'est adressé donne bon espoir.

Le maître avait pris connaissance de ma lettre, adressée au professeur éventuel qu'il aurait et a dit à la mère que c'est cela qui lui a fait persévérer avec Denis au début, car il l'aurait cru arriéré et son cas désespéré. Ce qu'il s'aperçoit être tout à fait faux maintenant. Denis a une admiration très grande et une réelle affection pour son maître « comme pour vous-même » me dit sa mère.

Il a repris les réunions scouts et son chef le trouve en progrès. Il parle aux autres, se mêle aux jeux. A l'école, il est copain avec tous, sauf avec deux ou trois, et fait corps avec le gros de la classe.

Au classement général, il était 27^e sur 42 à la fin de décembre (même place qu'en novembre).

Depuis Décembre, j'ai eu un mot de la mère me disant que les progrès scolaires et aux scouts continuaient. Elle ne veut plus nous ramener l'enfant, car elle préfère qu'il ne manque pas sa classe du mercredi matin.

Denis est loin d'être guéri, mais la mère développe une énorme résistance, sous une apparente bonhomie; et comme elle respire le bonheur pourvu que Denis ait quelques résultats scolaires et ne lui fasse pas honte (à elle, si forte en arithmétique, en orthographe, etc. quand elle était jeune, elle a passé son brevet supérieur) elle n'en demande pas plus.

Elle aurait pu reprendre un travail (infirmière ou institutrice, je ne sais plus), mais ne l'a pas fait pour ne pas se séparer de Denis. De même, elle n'a jamais voulu se remarier. D'ailleurs, elle considère les hommes comme « des enfants », et son enfant comme une « chose ».

La seule politique que j'aie pu employer devant une telle mère, plus que castratrice, il faudrait dire *dévorante*, (d'ailleurs, elle rit beaucoup en montrant toutes ses dents qui sont longues), c'est de la flatter par son faible « l'intelligence », une « femme comme vous », etc. Dans la salle d'attente de l'hôpital, elle faisait toujours recette en parlant au milieu des autres mères.

Elle n'osait pas me retirer l'enfant, car je lui avais dit qu'elle était admirable d'avoir eu l'idée de nous l'amener. Mais elle l'avoua ingénument, elle est allée après la 3^e séance conduire Denis chez son vieux médecin traitant habituel pour lui raconter le traitement psychothérapique qu'il suivait et elle s'attendait à ce qu'il en rit. S'il en eût été ainsi, je les aurais jamais revus. Mais le vieux médecin, au contraire, trouvant l'enfant très amélioré, lui recommanda de continuer le traitement au moins 3 mois.

Aussi, la semaine suivante, quand elle mit Denis aux Scouts (après avoir appris d'une autre mère que je l'avais conseillé à son enfant), je compris qu'elle voulait rivaliser avec moi en lui faisant ce plaisir. et je l'en félicitai chaleureusement. « On voyait bien qu'elle était intelligente, sans elle, que ferai-je ? etc... »

Mais elle était furieuse ensuite que l'enfant fût content de faire son sac scout et de la laisser seule pour aller avec « des gens qu'il ne connaissait pas !! »

C'est pourquoi, la semaine suivante, elle fera, sans le dire à personne, à la Ste-Vierge, la promesse de venir prier *avec Denis*, à Lourdes cet été. Naturellement, en mettant le ciel avec elle, par un vœu, il n'y avait plus d'arme humaine, fût-ce la persuasion d'un chef scout ou le désir d'une psychanalyste, qui puissent rivaliser avec elle ! O ironie, la mère phallique et le fils châtré vont prier la Ste-Vierge pour qu'elle rende ses jambes, c'est-à-dire sa puissance au vieux grand-père paralysé ! Si ce n'était si triste et que la vie d'un homme ne fût pas en jeu, ce serait du plus haut comique.

Ne serait-ce que pour la résistance de la mère, le cas de Denis est intéressant, car l'attitude de cette femme a des mobiles inconscients. Elle croit aimer son enfant, et elle le détruit.

Nous voyons comment cet enfant, gai, vivant, bruyant, et plus avancé que son âge dès la petite enfance, après la mort du père s'éteint, se ferme; son extérieur traduit l'inintelligence, la nullité scolaire et l'aurait fait prendre pour un arriéré, si le maître n'eut été averti par nous des lacunes de base et de la vive intelligence de l'enfant, jointe à une sensibilité charmante, que rien ne traduit dans son comportement apparent.

A 5 ans, Denis était en pleine époque œdipienne, fils unique, et bien qu'il fût déguisé en fille, il avait un rival, son père.

La mort du père charge l'enfant du sentiment de culpabilité attachée au souhait magique de sa mort, car l'enfant à cet âge, raisonne encore selon la pensée dite sadique anale, non rationnelle.

De plus, la mère, au lieu de serrer dans ses bras le petit garçon qui lui reste, explose d'un désespoir agressif, vis-à-vis de l'enfant. Pourquoi n'était-ce pas lui qui fût mort, au lieu de son père, elle aurait alors pu le remplacer par un nouvel enfant.

Le désir de suicide qui anima l'enfant à la mort de son père montre jusqu'où l'angoisse de culpabilité devant sa perte a dû être violente. Non seulement, il avait été coupable, mais maman le reniait. En outre, l'extérieur féminin, les culottes à pont, l'interdiction ultra-précoce et véhémence de la masturbation devait à cette époque avoir provoqué une attitude homosexuelle prégénitale (ou plutôt insexuelle), c'est-à-dire masochiste et séductrice de l'enfant vis-à-vis des adultes, *hommes et femmes sans distinction*, donc de son père, et l'enfant devait à cette époque, non pas être dans un Complexe d'Œdipe normal, mais avoir régressé au stade anal devant le Complexe de Castration, et jouer son Complexe d'Œdipe sur le mode anal, dont l'ambivalence est caractéristique. Aussi en perdant son père, Denis perdait-il tout. Le rival, peut-être, mais ardemment aimé, autant que haï.

L'angoisse résultant de la réalisation du souhait de mort devait inhiber non seulement le développement libidinal phallique, mais encore interdire l'agressivité du stade anal, responsable magiquement de ce meurtre œdipien. D'où l'impossibilité du moindre effort, de la plus petite activité musculaire, du moindre bruit. Denis nous a souri, mais à peine (et sans montrer ses dents), il n'a jamais ri encore avec nous (mais je sais qu'il rit aux Scouts). Il ne peut s'identifier à sa mère (elle l'a renié) ni à son père (il l'a tué et celui-ci se vengerait. Voir association du couteau dans la joue, après avoir parlé du père à la séance du 1^{er} juin 1938).

Il régresse alors au stade oral passif et même à ce point, il n'est pas à l'abri du Complexe de Castration qui jouera encore, pour lui donner des rêves d'angoisse, à symbolisme non caché (des bandits le tuent). Chaque progrès sera suivi d'un échec auto-punitif à symbolisme castrateur (pouce coupé, mal au genou). Denis est loin d'être guéri.

Mais il nous aime bien, sans être coupable de nous préférer les hommes, le Dr. Pichon, car nous lui avons permis de s'attacher à son chef scout, et grâce à nous son maître d'école lui a montré une patience dont il a été récompensé. Denis obtient maintenant des satisfactions scolaires et affectives dans le monde extérieur. Enfin, il n'a plus de cauchemars.

Mais la situation libidinale actuelle vis-à-vis des objets d'aimance est encore la situation d'homosexualité, non plus telle qu'elle se présente à la phase orale ni au début de la phase anale, mais au moment de la phase uréthrale avec la valorisation du pénis (chapeau des hommes, voix masculine) comme elle précède l'apparition chronologique du Complexe de Castration en rapport avec le Complexe d'Œdipe. *Il faut laisser Denis vivre tranquillement cette époque périmée comme s'il avait 3 ans*, malgré sa stature de garçon bien découplé de 12 ans. Le somnambulisme au camp scout où Denis sortait de son sac de couchage au risque de prendre froid, et allait s'allonger près de son ami préféré, traduit cette situation affective. Aussi, nous n'avons pas relevé la situation.

Par bonheur pour l'instant, la mère trouve cela *très amusant*, et le chef scout a été assez compréhensif pour interpréter cela comme une preuve anodine d'enthousiasme puéril chez un enfant à la sensibilité maladivement fermée.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Inhibition, lenteur, paresse, retard scolaire, chez un enfant de 11 ans, de niveau mental supérieur et d'état général excellent.

DIAGNOSTIC PSYCHANALYTIQUE.

Inhibition et régression partielle au stade oral par réaction à l'angoisse de Castration à la mort du père, celle-ci étant survenue en pleine période œdipienne.

PRONOSTIC. — A notre avis, le pronostic social de Denis est bon, mais au point de vue sexuel, la puberté étant proche, Denis ne nous paraît pas capable, avec la mère qu'il a, de résoudre la question autrement que par l'homosexualité manifeste. Ceci dans le cas le plus favorable, car chez lui, l'homosexualité représente la seule modalité inconsciemment autorisée par son Sur-moi, calqué sur le sur-moi maternel.

Denis ne nous paraît pas capable de faire mieux que de reconquérir un complexe d'Œdipe négatif. C'est dire que son Sur-moi est pervers, et ne lui permettra que le rôle passif

dans des rapports pédérastiques. Au cas possible, où ses objets d'amours l'obligeraient à refouler son homosexualité dans les années d'adolescence sous peine de perdre leur estime, Denis perdra alors la plus grande partie de ses moyens de sublimation, et sera obligé de vivre impuissant sexuellement aux dépens d'une femme riche, autoritaire, qui lui racontera ses aventures avec d'autres hommes. Ce sera plus ou moins ouvertement un voyeur, et en tout cas un inhibé masochique, social.

Il nous est cependant encore permis d'espérer, bien que très faiblement (car la mère n'a plus d'intérêt à faire soigner son fils, maintenant qu'il réussit ses études) d'espérer quand même suivre Denis dans son adolescence et laisser entrevoir à la mère la nécessité, pour lui, d'une véritable psychanalyse, pour laquelle nous conseillerions de préférence un psychanalyste masculin.

OBSERVATION 8.

Service de M. le Docteur PICHON.

MARCEL. 10 ANS 1/2. *Cas mixte, relevant à la fois d'un traitement médical et d'un traitement psychothérapique, visant à liquider le complexe de castration.*

Enfant suivi depuis le 5 janvier 1938.

5/1/38. L'enfant est amené par sa mère pour une plaque de pelade. Elle aurait succédé à un échec à un examen de catéchisme. C'est un enfant grand et gros, largement taillé, blond, d'aspect mou. Son faciès n'est pas pathologique. Visage rond, peu formé (myxœdème fruste) organes génitaux peu développés. Le travail est médiocre. La mère signale que l'enfant fait souvent des fautes d'orthographe par intervention de lettres. Il est mou, indifférent, égoïste, paresseux.

Antécédents personnels, néant.

Père bien portant, représentant dans l'industrie automobile.

Mère très nerveuse, a eu la danse de St-Guy à 11 ans, et plusieurs dépressions nerveuses. Son corps est couvert de plaques de Vitiligo (qui respectent le visage). Elle a un gros corps thyroïde qui augmente de volume à certaines périodes, diminue à d'autres.

Un frère, Maurice, 15 ans, bien portant.

12/1/38. On met l'enfant au traitement médical : opothérapie thyroïde orchitique.

Le test ne montre pas de retard intellectuel.

23/2/38. La plaque de pelade diminue. L'enfant est plus attentif à l'école. Le traitement endocrinien a été cessé depuis le 1^{er} février. Pas de progrès sensibles du côté des organes génitaux, reprendre les cachets précédents.

6/4/38. La pelade a presque disparu, mais on n'est pas satisfait du travail scolaire.

En résumé, on note : « enfant probablement hypothyroïdien, mais « dont la paresse comporte un élément psychogène net. Il ne comprend pas la nécessité du travail scolaire. Il préférerait une situation « agricole vers laquelle il y aurait peut-être lieu de l'orienter en effet. »

L'enfant nous est confié. La mère, à l'idée que son fils pourrait faire un tel métier frémit de honte, car elle désire que ses enfants fassent des études et aient des situations honorables (*sic*). Son père était médecin !

Très mauvais contact avec la mère, dressée et nerveuse parce que nous demandons à voir Marcel régulièrement tous les mercredis. Elle n'admet pas la psychothérapie. Devant son attitude, nous abandonnons, après lui avoir dit qu'elle avait tort, car peut-être serait-elle moins nerveuse, malgré ses troubles endocriniens, si on l'avait soignée moralement elle aussi, étant jeune.

27/4/38. A notre surprise, elle revient, et a réfléchi, dit-elle. Elle est plus indulgente quant à la paresse de Marcel, et à son égoïsme. En effet, ajoute-t-elle, ce que je lui ai dit l'autre jour n'est peut-être pas faux. Elle a eu des dépressions dans sa vie qui jouaient sur ses nerfs, et même sa danse de Saint-Guy à 11 ans avait suivi la mort de sa mère. Son père, médecin sévère, ne supportait pas que l'on s'écoutât. Elle avoue être nerveuse à l'extrême, avoir besoin d'expédier des gifles à tout bout de champ, et c'est Marcel qui les prend, car il peut tout encaisser, lui, (*sic*) alors que son frère aîné est un hypersensible scrupuleux, une vraie fille. Et lui, d'ailleurs, ne lui donne que des satisfactions. Le père est un homme absorbé par son travail. Chez lui, il ne parle guère et jamais à Marcel autrement qu'en langage « petit nègre », « bébé », comme s'il avait encore deux ans.

Je m'aperçois que Marcel a l'esprit ouvert derrière son apparence figée. Mais il faut attendre de 20 à 30 secondes avant qu'il réagisse à ce que je lui dis. Je prends son rythme.

Comme je lui dis que cela me ferait plaisir s'il travaillait mieux, et à un autre moment, que je lui parlais en égal, car la différence entre les grandes personnes et les enfants n'était pas une infériorité de ceux-ci, il a les yeux pleins de larmes. Je réhabilite devant lui la vocation d'agriculteur, et lui demande d'où lui est venu ce goût. J'apprends que c'est d'un maître d'école qui lui a plu autrefois, et de ses vacances, où un fermier voisin était très gentil avec lui et le laissait s'occuper du

jardin. Le maître actuel l'a nommé surveillant des plantations de la classe.

Marcel et Maurice couchent dans le même lit, et ce sont des zizanies sourdes. Maurice est un garçon aux mécanismes obsessionnels, travailleur, tâtillon et brillant dans ses études. Marcel en est jaloux et je lui dis que je le comprends. Mais si maman les compare, cela n'a pas d'importance, car ils ont chacun leur vie qui peut être très différente. 2 frères sont 2 hommes différents, sans comparaison possible.

Etant donné le milieu relativement aisé, on pourrait conseiller à la mère de faire coucher les garçons dans un lit chacun, mais intervention à remettre prudemment à la fois suivante, car la séance avec Marcel tout seul a déjà fortement énervé sa mère. A ma demande, elle me promet de le laisser travailler seul cette semaine.

4/5/38. Grosse amélioration, « du tout au tout » dit la mère, après les 2 premiers jours qui suivirent la visite et où il fit un peu trop son important.

Au lieu de 6 fautes par dictées, il n'y en a plus qu'une ou 2. Il fait ses devoirs entièrement seul. Auparavant, sa mère les vérifiait et l'aidait, le croyant incapable de les faire seul.

L'enfant parle beaucoup plus ouvertement avec moi, *et rit !* Il n'a pas osé venir seul à la consultation, ni rester seul pendant que sa mère s'absentait pour une course, malgré les encouragements de sa mère et sa promesse de revenir le chercher.

La mère se montre donc satisfaite dans l'ensemble, mais le taciturne scrupuleux désire vivement encore une chose : que Marcel laisse son frère tranquille. Marcel l'empêche de travailler. Je demande qu'ils aient des lits séparés, la mère me répond que c'est impossible. J'insiste.

(Marcel n'a apporté un dessin de poires et de pommes, fait à mon intention).

11/5/38. La mère se fait notre collaboratrice, malgré ses difficultés personnelles. Elle a obtenu du père l'autorisation d'acheter un divan pour Marcel. Elle le trouve en progrès, non seulement au point de vue scolaire, mais en « débrouillardise », et en attention générale à ce qui se passe autour de lui.

Le lendemain de la dernière séance, Marcel a fait une réaction affective hostile contre sa mère et son frère après un achat qu'elle l'avait envoyé faire seul pour la première fois (petit pain au chocolat) et où il avait échoué, n'osant pas parler dans la boutique pour le demander, alors qu'il n'en voyait pas à l'étalage.

Cette fois, il m'avait apporté un dessin copié, représentant 2 chats étonnés devant un chat qui fait l'important.

18/5/38. En mon absence, Madame CODET (ma consœur en psychothérapie dans le service de M. PICHON) le voit et note : « L'enfant

est venu seul. Il parle avec confiance. Les progrès continuent. Très bonne impression ».

1/6/38. Cette fois aussi, Marcel est venu seul et sans appréhension. Il a eu 9/10 en composition de récitation (la fois précédente 0). Il a eu 6 1/2 en moyenne de leçons pour le mois (il n'avait jamais dépassé 4). Comportement général en progrès nets, je l'encourage. Il s'est risqué à sortir seul, par un itinéraire inédit, malgré l'inquiétude du frère aîné, qui aurait voulu que la mère le lui interdise, sous prétexte qu'il s'égèrerait. Marcel avait peur de donner raison à son frère, il avait chaud, mais il ne l'a pas montré et ne s'est pas trompé de route. Il n'y a pas eu de réaction agressive après la séance précédente. Mais, depuis 15 jours, il a le hoquet plusieurs fois par jour, de 14 h. à 19 h. (Belladone).

15/7/38. Progrès continuels. Quelquefois s'avoue paresseux : bâcle ses devoirs. La mémoire est excellente et il ne lit pas ses leçons, il lui suffit de les écouter quand on les explique ! Mais quelquefois, on n'explique pas tout, alors il est pincé. Je l'encourage à faire l'effort de lire tous les jours sa leçon. Cela lui donnera une preuve qu'il mérite de réussir, les jours où il est découragé par un échec.

Le hoquet a disparu. L'enfant me signale un autre trouble du sympathique. Quand il est fatigué, il a l'oreille gauche brûlante et l'autre froide sans différence de coloration. C'est désagréable. Autrefois, un médecin a ordonné du Sympathyl pour cela, mais cela ne fait rien. Je minimise l'importance de ces légers « désagréments » qui ne m'inquiètent pas.

29/6/38. Les notes du mois montrent un progrès scolaire net. Marcel a doublé chacune de ses notes de leçons, de devoirs et de calcul et d'orthographe, par rapport au mois précédent, et a la note maximum en application et conduite. Le maître est très satisfait. Et, contrairement aux prévisions de Février, il entrera en Octobre dans la classe du Certificat. Vives félicitations.

Quelques conflits avec le frère, réglés par des pugilats que la mère tolère en partie.

Marcel a demandé à nager et il a commencé à plonger. Depuis 8 jours, il ose plonger du tremplin de 4 mètres. Sa mère l'y encourage par une pièce.

L'enfant n'a pas suivi de traitement organique depuis Février. On prescrit de recommencer une série de cachets en Août, et de revenir dès la rentrée d'Octobre.

30/11/38. La chute de cheveux recommence.

Pendant les vacances, il y avait une si grosse amélioration que la mère n'avait pas jugé nécessaire de ramener Marcel.

Pendant l'été et le début de l'année scolaire, il s'est montré très différent d'avant : sérieux, observateur, gentil, grand garçon. Son influence est nettement bonne, sur elle et sur son frère, dit-elle. Quelques difficultés, fléchissement scolaire, la semaine de la Toussaint, et depuis réapparition de la pelade.

Pour moi, qui n'ai pas vu Marcel depuis Juillet, je suis frappée par l'épaississement des cuisses infiltrées, l'aspect plus obèse de Marcel, son gros ventre, son regard abêti au milieu de joues plus infiltrées, et ses cheveux ternes, laineux.

L'enfant est abattu par son fléchissement scolaire de la quinzaine, il est visiblement désireux de bien faire. Ses yeux s'éveillent en me parlant. Recommencer série de cachets. Le peser et le mesurer.

26 janvier. Au point de vue physique, aspect un peu meilleur qu'en Novembre. Cuisses moins infiltrées, ventre diminué, visage encore bouffi, mais je suis frappé par l'expression anxieuse, front contracté, apparence d'effort pour écouter ce qu'on dit et lenteur de compréhension. Aspect d'hypothyroïdie joint à hypofonctionnement mixte, organes génitaux encore peu développés.

Au point de vue scolaire, le maître est satisfait. Mais les résultats sont encore moyens, surtout en orthographe. Marcel est souvent comme « abruti », il se plaint d'une boule dans la gorge. A la maison, ce sont des criaileries continuelles de la mère pour qu'il se mette à ses devoirs, dit-elle.

Il semble y avoir eu régression. La mère recommence à s'accrocher à Marcel du matin au soir pour le houspiller. Elle semble terriblement anxieuse aujourd'hui. Elle le trouve de plus en plus gros (mais elle ne l'a ni pesé ni mesuré). J'ai l'impression que c'est la mère qui se montre actuellement incompréhensive et résistante, pour 2 raisons. Elle est humiliée personnellement si le certificat de Marcel ne s'annonce pas certain, et au lieu de chercher à comprendre la situation physiologique et psychologique de son fils et de l'aider, elle en fait une affaire personnelle et l'abrutit de remontrances à tort et à travers. Elle le submerge de paroles et de prévisions défaitistes.

L'autre raison encore plus refoulée que la précédente (qu'elle veut bien s'avouer) c'est que Marcel commence sa puberté. Il perd l'aspect enfantin, je le trouve mieux. Il a maigri, ses cuisses sont moins infiltrées, mais plus musclées, et la mère dit d'un air dégoûté et agressif en le toisant de haut en bas, parce que j'ai dit « qu'il devenait jeune homme ». — « Eh bien, vous n'êtes pas difficile, je le trouve de plus en plus gros. Je le vois de pire en pire à tous les points de vue ! ».

Traitement : une série d'injections pluriglandulaires Choay. A Marcel, nous disons seulement que nous sommes très satisfaite de lui et de ses efforts persévérants. Puis, prenant la mère à part, j'essaie de lui expliquer son attitude affective, dont le résultat est néfaste à Mar-

cel, alors qu'elle est de bonne volonté. Avec un père très dur, quoique vénéré cependant, elle a souffert. Et elle souffre peut-être de voir Marcel devenir un homme solide, largement bâti, au contraire de Maurice, dont elle apprécie la finesse, la douceur de fille et la complexion délicate.

8 mars. L'enfant a été transformé par ses piqûres. Il a maigri, est de nouveau gentil, travailleur. Le maître en est satisfait. Marcel n'a plus de boule qui lui remonte dans la gorge. L'orthographe reste le seul point faible qui rend l'enfant soucieux. Il a abandonné les idées d'agriculture, et pense à une école commerciale.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Hypofonctionnement glandulaire mixte, hérédité dysendocrinienne, troubles du système vago-sympathique. Arriération scolaire, troubles du caractère à type de paresse et de lenteur extrême, d'inaffectivité apparente chez un enfant à niveau mental normal. Apathie vigilante répondant à un élément psychogène surajouté au syndrome organique.

DIAGNOSTIC PSYCHANALYTIQUE.

Régression libidinale liée à des sentiments d'infériorité intense. Complexe d'Œdipe se jouant sur le mode de relations objectales dit anal, avec inhibition de l'agressivité sur la menace d'un Complexe de Castration réactivant les frustrations prégénitales orale et anale. D'où fixation masochique aux deux objets œdipiens, la mère et le frère aîné, tous deux névrosés à Sur-moi sadique-anal.

Cette observation est intéressante à cause de la Complexité du cas, à la fois dysendocrinien et psychologique.

De janvier à avril 1938, le traitement organique améliore physiquement Marcel tandis que les troubles du caractère se précisent davantage et les mauvais résultats scolaires s'accroissent.

D'avril à novembre, sans thérapeutique médicale, l'enfant se transforme au point de vue des résultats scolaires et du caractère, tandis que depuis octobre, de nouveaux symptômes

dysthyroïdiens apparaissent, sans altérer les progrès psychiques. L'enfant ne nous est ramené qu'en fin novembre, alors que le fléchissement endocrinien est notable, et que sa répercussion sur le travail scolaire ramène des difficultés avec des sentiments d'infériorité légitimes — sans auto-punition surajoutée. La thérapéutique médicale suffit alors à rétablir l'équilibre.

Actuellement, le garçon commence sa puberté. Il n'a plus de troubles du caractère, s'accorde avec sa famille et avec le milieu scolaire, il manque encore de confiance en lui, mais a gagné l'estime de ses maîtres.

Marcel est sur le chemin de la guérison, que peut-être, il n'atteindra jamais, en tous cas, l'adaptation heureuse, à son milieu familial névrotique, tout en lui permettant une vie sociale normale, est le compromis auquel nous avons essayé de le conduire, seule solution actuelle des conflits, tant qu'il devra rester dans sa famille.

La difficulté essentielle de ce cas est surtout la mère. Malgré sa bonne volonté consciente, c'est une grande névrosée et organiquement une malade nerveuse. Vis-à-vis d'elle, Marcel a des difficultés à quitter une attitude masochique d'autant que son frère aîné (dont l'influence est très estompée à présent) rend sa libération difficile.

Pour conserver et suivre Marcel, il faut user de diplomatie avec la mère, la tempérer alors qu'elle est toujours dans les extrêmes, sans la heurter, et tout en neutralisant le plus possible son influence castratrice sur Marcel, permettre à celui-ci d'aimer sa mère quand même. Le préféré dans la famille, ne l'oublions pas, c'est Maurice, « parce que c'est une vraie fille ». Quant au père, sa carence morale est totale. Il ne joue aucun rôle dans la vie de la famille sauf celui du banquier muet et préoccupé.

Dans de telles conditions affectives, un Complexe d'Œdipe normal chez Marcel était impossible. Ce père ne permettait pas de transfert, le rival à la maison, c'est le frère féminin, triste, tracassier et scrupuleux, toujours anxieux de Marcel qu'il considère à peu près comme un minus habens. Et la mère castratrice joue le rôle de la mère phallique. Le Complexe d'Œdipe devait nécessairement s'inverser et Marcel, de constitution forte,

devait rivaliser par la passivité avec la complexion délicate de Maurice, favori de la mère. D'où l'inhibition de l'agressivité sur tous les plans, et la formation d'un Sur-moi interdisant l'effort, quel qu'il soit.

C'est en cultivant son masochisme que Marcel pouvait conserver l'objet d'amour maternel — d'où les gifles dont il était volontiers le perpétuel bénéficiaire, tandis qu'il ne se permettait pas de lâcher les jupes de sa mère.

Que représente cette situation sinon l'attitude du stade anal passif avec refoulement du sadisme.

L'enfant traduisait le besoin de substituer à l'intérêt pour les excréments le goût pour le jardinage. Par sa vocation d'agriculteur, il tentait une identification aux « pères » dont il n'était senti aimé (fermier, maître d'école). C'est sur le plan de cette identification que sa mère le châtrait : cette vocation lui paraissait déshonorante.

Privé du droit à l'agressivité sadique anale d'une part, à l'objet d'intérêt libidinal d'autre part, tout effort devenait non seulement inutile, mais nuisible pour le confort affectif inconscient. Les résultats scolaires se devaient d'être nuls. Mais ce fait augmentait les sentiments d'infériorité de Marcel vis-à-vis de son frère, brillant sujet dans ses études. Pour n'en pas souffrir, Marcel régressait névrotiquement au stade préanal.

Ce que la mère appelait son *égoïsme*, n'était que *passivité orale*, à laquelle nous voyons bien que Marcel était inconsciemment obligé de régresser.

Dans une attitude placide de Bouddha indifférent, avide d'amour sur le mode captatif, incapable de supporter l'absence de son objet, il cherchait avec une sûre vigilance, et savait provoquer, les criailleries, les reproches, les gifles, les bourrades, au prix desquels enfin il se faisait inconsciemment posséder par sa mère.

La thérapie psychanalytique a visé d'abord à obtenir le transfert de la mère qui était indispensable, si bien que j'ai préféré risquer de ne les revoir jamais l'un et l'autre plutôt que de n'être pas franche au premier entretien que j'eus exclusivement avec la mère, bien que l'enfant fut présent. Par bonheur,

elle put reconnaître, à la réflexion, un aspect d'elle-même en son fils, et nous le ramena. *Armé du transfert de la mère, nous avons cherché à obtenir celui de Marcel*, et grâce à ce transfert, nous avons revalorisé à ses yeux sa vocation d'agriculteur, c'est-à-dire permis les fanstasmes symboliques du stade anal. L'enfant nous apporta la fois suivante un dessin de 4 fruits, l'un à côté de l'autre, bien coloriés et appétissants. (Il nous faisait cadeau de son érotisme oral). Les sentiments d'infériorité avaient diminué, grâce à notre attitude et aussi à la réussite de ses devoirs, sans l'intervention continuelle de sa mère.

Marcel se transforme et *rit*. Ce jour-là, il m'apporte 2 chats qui en admirent un autre. (Il nous abandonne sa passivité orale) et se permet sur le mode ludique et verbal quelques tentatives agressives vis-à-vis de son frère:

Nous avons alors cherché à encourager son agressivité générale (se débrouiller pour nous faire plaisir) et à stimuler sa lutte avec son frère au risque de disputes au nom desquelles nous obtenions un lit particulier et neuf que sa mère lui acheta.

A partir de ce moment, les progrès scolaires allaient se précisant. L'indépendance vis-à-vis de sa mère n'était plus redoutée, l'ambivalence vis-à-vis de l'objet œdipien, le frère, s'est dissocié en attitude affectueuse et admirative pour son maître d'école, et hostilité non dissimulée vis-à-vis de son frère quand celui-ci le provoque.

Au point de vue libidinal, Marcel n'est pas encore très avancé, et notre rôle thérapeutique n'est pas achevé, mais du point de vue pratique, à la maison, il « fait du bien à son frère et à sa mère », et en classe, il ne sent plus le cancre.

Ajoutons qu'il a abandonné l'idée de l'agriculture et pense à une école commerciale, car « il veut gagner de l'argent et devenir riche », et il a ajouté : « je ferai peut-être comme papa, représentant de pièces automobiles, ça rapporte bien ».

Sa mimique est encore pauvre, limitée à la bouche dans le visage, il ne fait pas de gestes et n'est guère expansif. Mais calme et réfléchi, il dit ce qu'il veut dire et ses mots sont pesés. Il donne l'impression d'un garçon solide, de bon sens, observateur et un tantinet « normand ». C'est grâce à ce caractère peu perméable qu'il résiste à l'ambiance pleine de remous que lui fait sa mère.

Laissons-lui sa cuirasse; car actuellement, il est content, il me l'a dit spontanément. Il voudrait être reçu à son certificat d'études, et pense à son avenir. Nous sommes loin du garçon qui, il y a un an, ne comprenait pas « à quoi ça servait de travailler, quand on voulait devenir fermier, ce n'était pas la *peine* ». Tel qu'il est, il est au même niveau que bien des enfants de son âge qui deviennent des adultes fort adaptables, c'est-à-dire « normal » bien que n'atteignant jamais le stade génital du point de vue objectal (ce qui signifie que leur activité sexuelle est adulte, alors que leur affectivité reste infantile et leur objet d'amour choisi sur le type œdipien inconsciemment homosexuel : la femme phallique, autoritaire et frigide.

OBSERVATIONS. — FILLES

OBSERVATION 9.

TOTE, 4 ANS 3 MOIS. *Normale.*

(Elle a un frère de 11 ans, que j'ai en traitement pour une grosse arriération scolaire. Inhibition dans le comportement, et inhibition totale dans tout ce qui n'est pas le dessin où il se montre très doué. Sa mère dessine bien).

Tote se sent malheureuse parce que Michel ne lui cède plus tout. Quand il l'ennuie, elle lui dit qu'elle va le dire à maman, il répond maintenant : « Eh bien, dis-le », au lieu de céder aussitôt comme avant. Elle devient triste, pleure pour un rien. Elle tombe malade; gros rhume. Mais alors, elle redevient comme un bébé, il faut que maman ne la quitte pas, elle fabrique des revolvers en papier et tue « les autres » (papa et son frère).

Guérie, elle a gardé son revolver avec elle et quand papa remue son journal, elle dit : « Pan » et s'il cesse de remuer, elle triomphe. « Ça y est, je l'ai tué ». Pendant cette maladie, elle s'est remise à sucer son pouce de plus belle. L'habitude a été prise l'année dernière à 3 ans 1/2, lors d'une otite dont elle a beaucoup souffert.

Un soir, maman couche Tote. Elle la voit qui revient à ses habits, Tote dit à sa mère : « Mais on me l'a pris ». « Où est-ce qu'il est ? » — Quoi ? dit la mère. Tote ne répond pas, fouille dans son linge, dans sa culotte, regarde par terre autour d'elle, mimant la personne qui cherche quelque chose. — « Quoi donc ? » dit maman. Tote la laisse sans réponse, continue à chercher, puis elle répond : « Mais mon robinet ! Il était dans ma culotte, je l'avais et je le trouve plus. C'est toi qui me l'a pris, dis (d'un air câlin) ». Sa mère n'y comprenant rien d'abord, puis amusée, lui expliqua : mais non, voyons je ne t'ai rien pris. Tu n'avais rien. — « Si, si » et elle se met à pleurer. Sa mère essaya de lui expliquer la différence des sexes. C'était comme ça, et elle ajouta, car elle-même a souffert d'un Complexe de virilité pas

encore liquidé. « Que veux-tu, ma pauvre fille, c'est comme ça, il faut bien s'y faire, quand on est une fille, même si c'est pas agréable ».

— Tote a 4 ans 1/2.

Elle suce son pouce quand elle s'ennuie depuis sa maladie. Un jour, où elle avait aidé sa mère à éplucher quelque chose qui donnait un mauvais goût à son pōuce, elle s'écrie désespérée « Maman, mon pouce n'est plus bon » comme si le monde n'était plus que détresse. Sa mère lui dit : « Prends l'autre ». — « Non, l'autre pouce n'a jamais été bon, il n'y en a qu'un de bon. »

Quelques jours après, Tote dit « Je voudrais avoir un petit robi-net comme Michel (son frère). Je voudrais faire pipi debout ». Sa mère lui dit que les filles ne sont pas faites comme les garçons, et que les mamans n'ont pas plus de robinet qu'elle. Elle a une petite poche dans le ventre, que les garçons n'ont pas, c'est pour avoir les enfants.

La même semaine, elle dit à sa mère : « Je ne voudrais pas que « papa t'embrasse, même pas qu'il te touche pour t'embrasser. » Je voudrais qu'il t'envoie un baiser comme ça » (et elle fait le geste d'envoyer un baiser avec un doigt sur les lèvres). Pourquoi ? dit la mère. — « Je veux que tu sois à moi, pas à lui ». (Cette réponse était-elle sincère ?).

La même semaine, elle redemande à sa mère une grande poupée dont on lui avait fait cadeau 6 mois auparavant, mais qu'elle avait trouvé trop grande. Elle dit cette fois : « Mes petites sont trop petites pour jouer avec ». Et elle commence vraiment à « jouer avec » la grande poupée, lui parle, la déshabille, la rhabille, l'asseoit, la fait manger.

La semaine suivante, Tote, en ouvrant la fenêtre, aperçoit tout à coup des feuilles vertes au marronnier d'en face. Elle s'exclame et vient raconter à sa mère : « Maman, notre arbre est plein de salade ! » Sa mère lui explique les bourgeons qui s'ouvrent et les feuilles qui en sortent. Tote dit : C'est alors comme les poussins ».

Le même jour, elle demande à sa mère : « Est-ce que j'en aurai « aussi des gros ventres (seins) comme toi ? Est-ce que ça poussera, ça ? ». Sa mère la rassure et lui dit que oui.

Quelques jours après, Michel revient du bord de la mer, et raconte ce qu'il a vu : un phare et il explique ce que c'est, ça voit sur toute la mer, et quand la mer est mauvaise, ça empêche les marins de se perdre ou de se noyer. Tote écoute sans en avoir l'air, et tout d'un coup, comme Michel ne dit plus rien, elle dit : « C'est une belle histoire que tu racontes-là, « mon frère » (*sic*) (« mon frère » comme disent les grandes personnes).

maman la déshabille, la couche. Elle dit alors à son père qui vient lui

Cette semaine-là, elle a invité son père et sa mère en grande cérémonie à prendre un goûter de dinette. Papa s'est fait beau pour « aller chez elle à 4 heures ». Tote devient de plus en plus empressée à flatter son père. La semaine suivante, Tote tue sa mère avec son revolver en papier et dit « Je ne t'aime plus ».

Elle revient un jour et dit à sa mère : « Quand je serai grande je me marierai avec papa. Sa mère lui répond « Et moi, alors » — « Oh toi... toi, oh ça fait rien ». — « Mais non, dit maman, toi tu auras un autre mari, papa c'est mon mari à moi. » Tote ne répond pas.

Un jour qu'elle a joué gaiement avec papa pendant la soirée, maman la déshabille, la couche. Elle dit alors à son père qui vient lui dire bonsoir : « Non, va-t-en, je ne t'aime pas, et refuse de l'embrasser. Et elle dit à sa mère quelques instants après : « Je ne l'aime plus papa ». Puis, après un temps : « Il est trop gentil ! Je voudrais me marier avec lui, je voudrais tant ! »

La semaine suivante, elle pleure pour que Michel ne la quitte pas. C'est un désespoir. « Tu reviendras ! » Elle devient de plus en plus gentille avec lui, et coquette avec papa. Des amis viennent à la maison, un monsieur et une dame. Tote dit : « Il est gentil, le monsieur, je l'aime bien, mais papa est bien mieux. Tu sais, papa, c'est toi que j'aime le mieux. »

En même temps, elle ne sait plus s'habiller. Si on la laissait faire cela durerait 2 heures. Elle reste sur place à attendre maman, elle ne peut pas.

Quelques jours après, au grand étonnement de sa mère, car Tote ne s'intéressait pas beaucoup à son habillement, elle dit à sa mère : {« Je ne veux pas mettre ma robe d'hier, je veux une autre robe, à l'école, les petites filles ont des nouvelles robes, la mienne, elle n'est plus jolie maintenant.

OBSERVATION 10.

Service de M. le Docteur PICHON.

DENISE, 6 ANS. *Enurésie.*

1^{er} mars 1939. Amenée pour énurésie. Elle urine au lit 3 ou 4 fois par semaine au moins, et en classe environ une fois tous les 15 jours, il lui arrive de demander à sortir au moment où elle commence à uriner.

Bon état général, réflexes normaux. Organes génitaux ect. normaux. Colonne vertébrale aussi.

L'enfant couche dans un pièce différente de celle des parents, dans

le même lit que sa sœur Janine, de 2 ans plus âgée qu'elle, et qui n'urine jamais au lit. C'est un grand lit, et Denise couche du côté du mur.

Au point de vue caractère, Denise est gentille et caline comme un bébé, d'ailleurs à la maison, on lui parle « bébé » ; elle joue avec des plus petits qu'elle. Denise prononce « t » tous les « c » durs et les « qu ». Elle dira : « te j'ai di*s* », pour « que je lui di*s* ». Cependant la maîtresse d'école est contente d'elle, elle sait écrire et commence à lire.

Je ne prends pas Denise seule, car elle est trop bébé, et surtout d'une timidité extrême. Je conseille qu'elle ne couche plus du côté du mur et qu'on lui mette un vase de nuit à sa disposition tout près du lit. Que maman la lève une fois avant de se coucher elle-même, et surtout qu'elle encourage les progrès : vivre comme une fillette. Je conseille de consulter pour ses yeux que je vois fatigués et rouges pour le moindre effort (dessiner). La mère est extrêmement myope.

8 mars. Denise n'a pas fait une seule fois de la semaine, ni au lit, ni dans sa culotte en classe. Elle n'a eu besoin de se lever qu'une seule fois dans la nuit et l'a fait seule, et elle ne s'est même pas réveillée entièrement.

La petite a fait plusieurs fois remarquer à sa mère que « Mlle Murette avait dit qu'elle n'était plus un bébé ». Les parents sont enchantés. Denise n'a jamais encore été aussi charmante. Il n'y a pas eu un incident de caractère cette semaine.

Seule, elle me dessine une pipe, une pomme, un oiseau et un aéroplane en écrivant ce que c'est au-dessous de chaque dessin.

22 mars. La mère me la ramène pour me remercier. Il n'est plus question depuis 3 semaines, maintenant de la moindre incontinence d'urine, et Denise devient « vivante » encore qu'elle soit un peu timide. Nous restons seules toutes les deux. Elle me raconte Blancheneige, me parle de chansons. Elle aimerait être maîtresse d'école, parce qu'on écrit au tableau, qu'on peut avoir des bébés (il y a une pouponnière à son école) et qu'on a des élèves « ti font ce t'on dit ».

29 mars. Il y a eu un accident dans le lit cette semaine ! Denise en est désolée, elle prend devant moi un air penaud. Caractère toujours parfait. Bonne attitude à la maison et en classe.

Sa sœur de 8 ans, par contre, devient jalouse et réagit par des accusations mensongères, de jeux sexuels et de gros mots, sur une petite fille de l'école. Elle avoue son mensonge ensuite parce que l'autre se défend, mais elle ment alors pour des riens à la maison. La mère et le père estiment que Denise est guérie malgré l'incident de la semaine. On ne la lève plus la nuit, même une seule fois, comme au début du traitement.

19 avril 1939. La mère revient. Cela avait été parfait jusqu'à la semaine après Pâques, mais depuis 8 jours, Denise a fait 3 fois au lit.

La seule chose nouvelle qu'on relève dans sa vie pendant les vacances, c'est qu'elle a joué avec un petit garçon de son âge, Bernard. Les parents désireraient qu'on envoie Denise à la campagne car elle est pâlotte.

Denise reste seule avec moi. Elle dessine un petit garçon. Elle écrit au-dessus : « mimi ». Or, Mimi est un garçon avec lequel elle n'a pas joué mais qu'elle a vu et « te je trouvais beau parce qu'il était tout frisé et moi je frise pas des boucles ». (Denise est très coquette de son nœud sur la tête). Elle me raconte en enchaînant, qu'elle a eu peur du paravent de l'hôpital qui a failli tomber sur sa tête tout à l'heure, comme elle a eu peur !... puis en continuant sur la salle son coup d'œil circulaire, elle regarde longtemps le lavabo, puis dit : « A « l'école, c'est pas comme ça, les garçons y z'ont des robinets, mais « pas comme toi, plus petits et pas si hauts. (Elle veut dire des urinoirs à cuvette basse) et les filles, elles ont des cabinets pour aller « assise, sans ça on fait (sic) dans ses souliers, y a une porte avec un « petit trou, tout petit ». (Aux cabinets des filles, bien entendu) »

Suit qu'elle aurait bien voulu être un garçon, « pour avoir un robinet comme ça. Papa aussi (sous-entendre en a un) mais maman ne veut pas qu'on y aille parce qu'il faut descendre l'escalier. Et puis on n'aurait pas (les filles) un derrière comme ça, alors c'est pas possible. Et pis, papa, il dit que les garçons, c'est pas aussi bien. Il aime mieux les filles, oh ça oui ! »

Ce qui est intéressant et amusant, c'est le langage à sens double, réel et figuré. Robinet = urinoir des garçons (et papa aussi) et cabinet des filles, ce dernier terme sert à exprimer aussi le sexe, car la porte du cabinet des filles est décrite comme si l'enfant voulait expliquer l'intérêt des cabinets des filles par ce petit trou au milieu de la porte en compensation des captivants « robinets des garçons », et où, par association, on comprend que ce que papa préfère, c'est le sexe des filles à celui des garçons.

Malgré la préférence de papa pour les filles, Denise a peur que Janine, la plus âgée, ne l'emporte sur elle à la maison, et que, maintenant qu'elle devient une grande fille, on ne veuille plus l'aimer autant.

En effet, Denise continue à bavarder pendant que je prends des notes sur sa fiche, et me dit que Janine veut la battre tout le temps.

« Elle est jalouse te j'grandis », mais il ny a plus rien à faire, Denise se défend, « ah mais oui ! »

Je dis à la mère qu'il serait tout à fait contre-indiqué de la faire partir maintenant.

Et j'encourage Denise dans son droit à grandir, sans se sentir coupable vis-à-vis de Janine, car il est évident qu'il y a projection de sa propre intention dans celle qu'elle prête à Jeannine, même si c'est exact, car Janine ne l'a pas dit et n'admet sans doute pas le fait de sa jalousie vis-à-vis de Denise.

Je dis que les cheveux plats sont aussi jolis que les cheveux frisés surtout quand on est coquette et avec un joli nœud comme Denise.

Denise me demande si j'ai gardé la pipe qu'elle m'avait donnée un jour, (un dessin) je dis oui, et la lui montre.

29 avril. Denise n'a fait qu'une seule fois. Elle a essayé de se lever, mais c'était trop tard, car cette nuit là, papa avait exigé qu'elle couchât de nouveau au fond du lit (côté mur) sous prétexte qu'elle donne des coups de pieds à sa sœur et défait les couvertures davantage du côté extérieur. Denise va mieux, n'est plus pâle et est très en train.

Denise me raconte des rêves où elle voit son père qui mange et la quitte ensuite sans lui dire bonsoir.

« C'est dans la nuit et c'est comme si je voyais ».

Je réponds : « Mais tu sais bien que papa t'aime et ne ferait pas ça ». — « Oui, je sais ».

Depuis, tout va bien. L'énurésie a cessé et Denise se développe normalement.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Enurésie « essentielle ».

DIAGNOSTIC PSYCHANALYTIQUE.

Enurésie continue par angoisse primaire de castration phallique d'abord, puis par fixation libidinale au stade urétral. Complexe de Castration qui commence et s'intrique du Complexe d'Œdipe.

— *Excellent pronostic.* La guérison clinique est probablement durable.

L'intérêt, dans le cas de Denise, c'est la rechute après plus d'un mois de guérison. Le symptôme reprit à l'occasion d'une nouvelle sollicitation de l'angoisse de castration (absence du pénis) jointe à l'angoisse de grandir, (parce que cela signifie

rivaliser avec la sœur aînée qui en serait jalouse, situation œdipienne projetée) et à la coïncidence du désir des parents de l'éloigner d'eux sous prétexte qu'elle n'avait plus d'énurésie (seul obstacle aux envois d'enfants à la campagne).

Les propos de Denise, rapportés mot à mot ici à dessein, sont intéressants, car on y voit la façon dont l'enfant raisonne avec sa pensée globale. Le détail qui caractérise le tout, et l'objet qui signifie la partie du corps à l'usage duquel il est destiné. Dans ce cas, la compréhension de la psychanalyste qui écoute et répond sur le même ton naturel : ah, oui, tu crois, comment, sans doute, aux propos non rationnels de l'enfant, et qui y répond sur le même ton, a un effet thérapeutique. Ces propos à double sens étaient riches de sentiments sous-jacents de culpabilité, en raison des sujets défendus auxquels ils faisaient allusion et de l'envie du pénis qu'ils traduisaient. « La conversation » libre avec l'adulte donne issue à l'angoisse cachée sous le sentiment de l'infériorité due à l'état de castration phallique des filles; et, l'angoisse apaisée, l'enfant peut voir plus objectivement les avantages d'être une fille, surtout avec une mère qui s'avoue non phallique. Le symptôme, l'énurésie réapparue, était due à l'angoisse secondaire découlant du Complexe d'Œdipe auquel il était lié. L'infériorité affective vis-à-vis de l'objet œdipien que traduit le rêve anxieux : (papa qui, à elle seule, ne lui dit pas bonsoir) après avoir été passée avec la Doctoresse au crible de la vraisemblance, disparaît aussi : « Papa ne ferait jamais ça ». Le symptôme n'est donc plus sous-entendu par la charge affective libidinale. Il disparaît. Quant à la libido, elle peut se diriger normalement de nouveau, c'est-à-dire se lier à des fantasmes œdipiens, sans danger pour le Sur-moi, qui amorce déjà un refoulement harmonieux. Nous voyons d'ailleurs que Denise a des possibilités réelles de sublimations — et que la tendresse pour papa est encouragée même par sa mère. La rivalité avec Janine, au lieu d'être coupable, devient méritoire aux yeux des parents, et Denise, malgré la jalousie naturelle de la sœur aînée, n'est plus obligée par sentiment inconscient de culpabilité à une inhibition auto-punitive.

Ajoutons que la question, à la fin du traitement, par laquelle Denise me demandait si j'avais gardé « la pipe » qu'elle

m'avait dessinée 5 semaines avant, montre clairement le rôle du Transfert positif vis-à-vis de la Doctoresse, dans l'abandon du symptôme de protestation uréthrale virile, cette question cachait symboliquement celle-ci : Est-ce que tu te rends compte de la valeur de ce que je t'ai donné, ma guérison, mon renoncement à être un garçon. Si tu t'en rends compte, c'est que tu es une maman qui m'aime autant que si j'étais garçon, tout en permettant que j'aime papa davantage que toi.

OBSERVATION 11.

Service de M. le Docteur PÉCHON.

CLAUDINE, 6 ANS 9 MOIS. *Nervosité. Enurésie diurne.*

22 février 1938. L'enfant est amenée à l'hôpital Bretonneau pour sa nervosité et son enurésie diurne.

Elle est maigre et présente de la polymicroadénopathie. Les réflexes sont normaux. Les organes génitaux externes normaux. Cuti-réaction positive. La radioscopie montre un hile droit un peu gros. Des calcifications anciennes parahilaires gauches.

Les parents sont bien portants. Deux oncles du côté paternel et du côté maternel, décédés de tuberculose pulmonaire avant la naissance de l'enfant.

Dans les antécédents personnels, la mère ne signale rien de particulier, à part de gros rhumes et des incidents maladiques à symptomatologie vague, dominés par les troubles du sommeil, l'anorexie et la nervosité.

Un frère de 12 ans, Daniel, bien portant.

Jusqu'à l'an dernier, Claudine a uriné au lit chaque nuit, et dans sa culotte le jour. Les émissions d'urine diurne survenant à l'école ou, moins fréquemment, au domicile de ses parents, et dans ce cas, le plus souvent, à l'occasion d'une réprimande.

L'été dernier, l'enfant a été envoyée en Colonie de vacances où elle a uriné toutes les nuits. De retour dans sa famille, depuis Octobre, l'enfant n'urine plus au lit qu'exceptionnellement, parce que maman la lève 2 fois dans la nuit.

Par contre, elle urine chaque jour plusieurs fois. L'émission est impérieuse, et survient en classe, en récréation, à la maison, alors même que l'enfant vient d'uriner quelques instants auparavant. La maîtresse d'école se plaint. Elle s'oppose systématiquement à présent à laisser sortir l'enfant, car il faudrait qu'elle sortît continuellement, et

elle dérange la classe; en outre, même ces sorties, tolérées auparavant, n'excluaient pas les émissions d'urine impronptues. A la maison, dès que Claudine est grondée, elle se met à crier d'un air anxieux « pipi », et, incapable de bouger, elle reste figée sur place. Si sa mère ne vient pas à son secours, en l'emmenant aux cabinets, toutes affaires cessantes, elle fait dans sa culotte.

Quel est le comportement de Claudine, à la maison et à l'école ?

A la maison, il faut distinguer les heures des repas et les autres.

Aux repas, Claudine a très peu d'appétit. Ce sont des « comédies » (et les parents savent ce qu'on entend par ce terme).

Claudine repousse son assiette, pleure, veut quitter la table, se dit malade, est prise de son pipi impérieux. Papa se fâche, maman l'emmène, puis la ramène, on réchauffe son assiette, on la supplie, elle fléchit pour deux cuillerées de potage et cela recommence. On s'inquiète. Elle est maigre, elle sera malade, on parle de campagne, l'air de Paris ne lui vaut rien. « C'est comme ses oncles », sirops, drogues, médecins, tout est en question. Les repas familiaux sont gâchés, maman s'inquiète, papa s'énervé. Daniel, de son côté la taquine, se moque d'elle, les choses s'enveniment.

Bref, la mère nous supplie de donner de l'appétit à Claudine (Notons que Claudine ne mange presque jamais entre les repas).

En dehors des heures de repas, Claudine est une enfant modèle, à condition que Daniel ne soit pas à la maison. Elle est docile, gaie, gentille, affectueuse avec ses parents, davantage avec son père qui le lui rend. Mais si son frère est là, cela ne va plus du tout. La mère dit qu'il est d'une taquinerie épouvantable avec sa sœur, et qu'elle ne se laisse pas faire. Ce sont des cris, des disputes entre eux, des colères, des revendications de chacun des enfants auprès des parents pour les faire intervenir. Dès que Daniel est parti, Claudine redevient douce et gentille.

Elle est *en classe* depuis Octobre. Si ce n'était pour l'énurésie, la maîtresse en serait assez contente. Instable, il faut s'occuper d'elle pour qu'elle suive bien. Malgré cela, elle sait déjà lire et un peu écrire. Elle s'entend bien avec ses petites camarades.

Devant l'enfant, nous conseillons :

Pour la nuit : qu'on mette un vase de nuit près du lit de Claudine et que maman ne s'en occupe plus pour la lever. Elle est assez grande pour ne plus avoir besoin de maman tout le temps. Tant pis si elle n'y arrive pas tout de suite. On ne la grondera pas, mais elle fera plaisir à papa en lui montrant qu'elle devient une grande fille.

Pour les repas : ne pas forcer Claudine, qu'elle mange ce qu'elle veut et laisse tout le reste. Je convains la maman de s'en désintéresser tout à fait pendant au moins 3 jours. Il y a des cas où on met des enfants plus maigres qu'elle à la diète. Claudine est bien portante, elle peut supporter de se passer à l'occasion, d'un repas tout entier, ce qui

— j'en prévien la mère — pourra se faire à titre de chantage inconscient, qu'elle me promette de ne pas s'en frapper. Et je suis convaincue, dis-je à la mère que c'est en grande partie le désir inconscient de jouer au bébé dont tout le monde doit s'occuper, qu'elle s'est peu à peu habituée à ces scènes rituelles. Il faut l'aider à grandir. On mange quand on a faim. On s'arrête quand on n'a plus faim. Cela n'intéresse pas les autres. La mère, un peu inquiète, me promet de suivre mes conseils. Je prescris, en outre, des gouttes d'Appétyl à lui donner au début du repas, cela pour étayer moralement l'enfant, et surtout pour aider la mère à ne pas se croire coupable de négliger la santé de Claudine. Je demande que maman insiste à l'école pour que la maîtresse permette à Claudine de sortir autant qu'elle le demandera, pendant quelques semaines.

Je garde Claudine seule et lui demande de me dessiner ce qu'elle veut. Elle me fait son portrait et celui de Daniel (voir dessins), sur 2 feuilles différentes. Nous parlons de ses poupées, elle en a deux préférées. Maurice et Blancheneige, ainsi baptisées, Blancheneige pour l'histoire qu'elle aime, et Maurice parce que c'est un beau nom. Mais elle ne connaît pas de Maurice. Je lui demande si Maurice et Blancheneige s'entendent ensemble. Elle rit et me dit « pas toujours, ils se disputent ». Je dis « Eh bien, Blanche neige qui est si adroite et gracieuse dans la maison des nains, n'a pas de raison d'être jalouse de Maurice, même s'il est plus vieux qu'elle ».

— « Mais elle n'est pas jalouse, *ils* se taquent, alors je les gronde. Mais *elles* sont gentilles tout de même. Je les aime toutes les deux.

— « Oh, tu sais, lui dis-je, d'un air attentif, quand les poupées ne « s'entendent pas, c'est comme les gens, c'est comme toi et Daniel.

« Tu expliqueras à Blancheneige que le beau prince, ce n'est pas « pour Maurice, c'est pour elle qu'il viendra, avec son beau cheval et « il l'emmènera dans son beau château. Alors c'est Maurice qui devrait « être jaloux. Alors, tu diras à Blancheneige de consoler Maurice au « lieu de se fâcher. Et puis toi, tu expliqueras à Maurice qu'il n'a pas « besoin d'être méchant avec Blancheneige puisque tu les aimes tout « pareil. »

Nous convenons de nous revoir la semaine suivante. Et si les poupées n'ont pas compris Claudine, elle n'aura qu'à me les apporter. Je serai contente de les voir et on leur expliquera ensemble. »

Nous nous quittons très bonnes amies.

1^{er} mars 1939. *Claudine a fait de gros progrès.* Maman est enchantée. Claudine n'a pas fait ni au lit, ni dans sa culotte une seule fois. Maman la lève une seule fois le soir avant de se coucher elle-même. Claudine s'est relevée toute seule, certaines nuits et d'autres nuits, elle n'en a pas eu besoin.

Dans la journée, elle court très souvent aux cabinets, mais toute seule.

Aux repas : après avoir mal mangé le 1^{er} jour, presque rien du déjeuner du lendemain, elle s'est rattrapée au dîner et depuis, elle mange normalement.

A l'école, la maîtresse s'étonne du pipi impérieux et fréquent, mais ne s'y oppose plus.

Mais il y a encore « *cette nervosité qui m'inquiète* », dit la mère, « les états dans lesquels elle se met parfois, surtout lorsqu'on gronde Daniel ou qu'on le punit. Claudine s'arrache les cheveux, se griffe, « trépigne, pleure, crie, supplie, elle devient comme folle, on ne peut « la calmer, ensuite, elle est démolie, fatiguée pour le reste de la journée ». Il y a eu précisément cette semaine une telle séance.

Restée seule avec moi, Claudine est bien plus calme; elle n'a pas apporté ses poupées (je ne lui en fais pas la réflexion). Elle me dessine une maison. « C'est la maison de papa » (voir dessin). Elle me dit « qu'il y a des robinets » à la maison « comme le vôtre » en me montrant le lavabo de la salle. « Est-ce qu'il marche celui-là ? » Je réponds : « Va voir ». Elle n'y va pas et me dit : « Quelquefois, ils « sont démolis, alors on les arrange ». J'acquiesce.

Je la félicite de ses progrès, elle devient une grande fille. Je lui parle de sa grande colère de la semaine, elle ne se « rappelle plus rien après », me dit-elle.

Je lui explique que, si elle est bouleversée de la sorte en voyant punira Daniel, c'est que, peut-être, au dedans d'elle-même, sans le dire à personne, elle lui souhaite des choses méchantes. Il est plus grand qu'elle, c'est ennuyeux, il veut peut-être faire son malin quelquefois pour montrer à Claudine qu'elle est bête, mais ce n'est pas vrai. Quand elle aura 12 ans, elle sera aussi maligne que lui. Elle me répond que Daniel est bien moins taquin maintenant. — « C'est peut-être que toi aussi, tu es moins taquine avec lui », et je continue : « On peut quelquefois être jalouse et penser que c'est de la chance d'être un garçon. « Je connais des petites filles très gentilles qui auraient voulu faire « pipi comme les garçons, et elles ne pouvaient pas. Ça les vexait, elles « croyaient qu'elles n'étaient pas faites comme tout le monde. C'est « parce qu'elles croyaient que les dames, maman, la doctoresse, avaient « un robinet comme Daniel. C'est les garçons qui en ont, les papas « aussi. Mais les mamans n'en ont pas, les filles n'en ont jamais, sans « ça, elles ne pourraient pas devenir des jolies dames et des mamans, et « les papas ne les aimeraient pas. Ce ne serait pas joli si maman et « Mlle Marette avaient de la moustache, de la barbe et une grosse « voix ».

(Claudine rit). — Ah non, alors, je voudrais pas être comme ça. Je voudrais être jolie comme maman. »

— Mais ça viendra, quand tu seras grande, et Daniel sera comme papa. »

Le 8 mars. Claudine a beaucoup moins souvent fait pipi dans la journée. Elle a fait cette nuit dans son lit pour la 1^{re} fois depuis 1 mois. La maman n'est pas trop fâchée de cet accident, car elle ne l'avait pas levée avant de se coucher elle-même, et d'autre part, dans la journée d'hier, Claudine a percé un gros furoncle à la fesse qu'elle avait depuis quelques jours et qui nécessitait de la laisser à la chambre.

Cette semaine, il n'y a pas eu de colères. Claudine et Daniel se disputent moins, ils ont bien des petites querelles, mais ils se débrouillent seuls sans rapporter ni l'un ni l'autre, ni demander le secours de papa ou de maman.

Par contre, depuis quelques jours (en même temps que le furoncle) elle demande tout le temps quelque chose, surtout à boire, pour une seule gorgée, ou un sucre, ou un bonbon.

Restée seule avec moi, Claudine me fait un dessin (voir dessin 4), au symbolisme phallique. Elle m'explique que c'est un bateau de guerre sur la mer (fantasme œdipien) qu'il y a des « machins », des drapeaux, et un monsieur « qui regarde dans un grand machin ».

Je lui demande qui sont les 2 personnages ?

« C'est ceux qui s'en vont ». Je dis : « C'est peut-être toi et Daniel ». Elle rit et dit oui. (C'est elle, le personnage de gauche, « celui » qui n'a rien pour regarder loin).

J'explique à Claudine qu'elle a de la peine à devenir une grande fille. « C'est difficile, on a peur que maman ne s'occupe plus de vous, mais elle n'est pas fâchée ». Je conseille de cesser l'Appétyl que depuis le furoncle, on avait suspendu, ce qui n'a pas ramené de difficultés pour manger.

Je propose de laisser passer 2 semaines avant de me la ramener.

Mais avant de me quitter, Claudine reprend son dessin et un crayon et le barre d'une grande croix. Je lui demande pourquoi ? Elle rit et me répond : « Parce que », puis elle me le rend.

22 mars. Claudine va très bien. Elle n'a plus de mictions impérieuses. Elle passe des classes entières sans demander à sortir. Elle est beaucoup plus sage, n'a plus eu de colères depuis celle qui nous avait été racontée le 1^{er} mars.

Il y a même sur ce point du nouveau : il y a quelques jours, papa menaçait son frère du martinet qu'il tenait de la main droite, tandis que de l'autre il empêchait Daniel de se sauver, et Claudine, amusée, restait à les regarder « parce qu'ils étaient drôles à tourner », et elle a ri « parce que papa il est toujours grognon, mais il ne bat jamais pour de vrai ».

Claudine me fait un dessin (voir dessin 5) : toute la famille se tient par la main, elle se place délibérément du côté de papa, qui est séparé de maman par Daniel. Elle n'est plus comme au début avec une grosse tête, au contraire, elle se dessine bien un peu plus grande que

Daniel à titre de compensation, mais elle renonce à maman. De plus, en m'expliquant son dessin terminé, et après m'avoir montré le sac de maman, elle s'en rajoute un à elle-même; elle n'est plus comme au dessin précédent « celui qui « n'a rien » tandis que le monsieur et Daniel avaient des « machins », elle opte pour sa féminité, et se donne « un sac comme maman, mais plus petit. »

29/3/39. La maman ramène Claudine toute rose de fierté pour me remercier, car elle n'est décidément plus la même. Elle va très bien. Elle n'est plus nerveuse, n'a plus de colères. Elle dort et mange bien. Il n'y a plus aucun trouble de la miction. Papa, maman et la maîtresse d'école sont bien contents.

En rentrant de la dernière consultation, me dit la mère en riant, Claudine a été chercher le martinet dans le placard et l'a jeté dans la boîte à ordures. « Comme ça, Daniel, on ne te battra plus ».

Aujourd'hui, Claudine me dit, timide et glorieuse, qu'elle aura 7 ans à 1 heure de l'après-midi. Je la félicite sincèrement : « Tu es vraiment une grande fille », lui dis-je.

A lire cette observation, on ne peut manquer d'être frappé comme je le fus moi-même en confrontant les progrès d'une séance à l'autre, de la minime intervention thérapeutique nécessaire. La Psychanalyste obtenait chaque fois le maximum de ce qu'on pouvait espérer. Il faut dire que la mère de Claudine est une femme féminine et qu'elle ne nous a pas une fois opposé de résistance, ce qui est rare, et que le père tient parfaitement la place du chef de famille, sévère sans être méchant « pour de vrai ». Il a du prestige, et il est affectueux.

Nous avons jugé intéressant de joindre les dessins de Claudine à son observation. C'est par eux que nous avons suivi son évolution inconsciente.

Les symptômes de Claudine traduisaient *le refus d'admettre l'absence du pénis*. Elle restait petite et par ce moyen, faisait du chantage. Le pipi impérieux désarmait maman et servait de vengeance à l'école contre la mère phallique. Mais ce symptôme agressif devait nécessiter son corollaire infantile, le besoin d'être nourrie par maman de lui faire pitié.

L'acceptation de l'agressivité vis-à-vis du père, l'abandon de maman pour la nourriture lui rendirent la possibilité de grandir. Remarquons que chez Claudine, ni elle, ni la mère, (à qui

je l'avais demandé) n'ont jamais fait allusion à la masturbation, ni moi non plus naturellement. Le désir d'un pénis se traduit par l'envie de se renseigner sur le robinet de la doctoresse (à l'hôpital). La fois suivante, elle renonce aux grands « machins », tout en restant sur le bateau comme les garçons, puis en barant le dessin, elle renonce à cette fantaisie qui traduisait sa possession de sa mère.

Enfin, par le sac, Claudine semble montrer qu'elle a la notion intuitive de l'existence du vagin, et elle met son sac entre papa et elle.

Elle atteint le Complexe d'Œdipe positif, affectivement, tandis que le comportement est normal sans symptômes réactionnels. L'épisode du martinet doit probablement être interprété comme l'essai symbolique de châtrer le père méchant, et qu'il ne s'occupe plus de Daniël (seul bénéficiaire du martinet) pour pouvoir l'aimer tendrement et lui donner son sac sans danger.

Nous concluons donc au trouble diagnostique suivant :

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Troubles du caractère, énurésie diurne, mauvais état général.

DIAGNOSTIC PSYCHANALYTIQUE.

Syndrome névrotique réactionnel à un Complexe de Castration en activité.

Dessins de Claudine, 6 ans 9 mois.



1. — 22 février.



2. — 22-2-39



3. — 1^{er} mars.

Dessins de Claudine.



4. — 8 mars.



5. — 22 mars.

OBSERVATION 12.

Service de M. le Docteur PICHON.

JEANNE, 13 ANS 1/2. *Arriération scolaire. Hystérie.*

26/6/39. L'enfant est amenée par sa mère âgée, indulgente avec elle, et inquiète de sa santé, pour un état général très médiocre, et surtout pour des crises d'apparition récente et de plus en plus fréquentes d'aspect pseudo-comitial.

Il n'y a jamais eu d'épileptiques dans la famille. Celle-ci comprend : la mère, bien portante, d'aspect âgé.

— le père, plus jeune que la mère, « très nerveux », réformé à 10 %; ne travaille plus depuis longtemps.

— André, 31 ans, en bonne santé, marié.

— Simone, 24 ans, en bonne santé mariée.

— Raymond, 20 ans, en bonne santé, au service militaire.

— René, 18 ans, en bonne santé, ouvrier.

— Odette 16 ans, en bonne santé, couturière.

et Jeanne, la consultante, 13 ans 1/2, la dernière.

Dans les antécédents de Jeanne, on ne relève rien de particulier. Le 1^{er} développement semble avoir été normal. Il n'y a pas eu de maladies marquantes. Elle n'est pas encore réglée.

La première crise est survenue à la maison, sans qu'on ait pu trouver aucune raison. Depuis lors, ces « malaises » ne surviennent qu'à l'école.

L'enfant se trouve mal, elle tremble pendant toute la durée de l'évanouissement qui dure parfois 1/2 heure. Ce ne sont pas des secousses cloniques, mais une sorte de frisson. Les crises surviennent subitement, l'enfant sent la tête qui lui tourne.

Il n'y a pas de cri initial, il n'y a ni morsure de la langue, ni émission involontaire d'urine et la chute n'est jamais brutale. Il n'y a pas d'état crépusculaire, ni de céphalée intense après les crises.

Par contre, les maux de tête sont quotidiens, fugaces ou tenaces selon les jours. L'enfant est maigre, manque d'appétit, est d'une pâleur cireuse, son regard est sans éclat, l'expression générale est triste, découragée.

Au test Binet Simon l'enfant accuse un niveau mental de 8 ans 6 mois, mais dit Mlle ACHARD, c'est un test perturbé, et l'enfant a certainement un niveau réel supérieur à ce chiffre.

6/7/39. Je la vois pour la 7^e fois. La timidité est extrême. Si on lui parle, ses lèvres tremblent avant de répondre et elle bégaye quelques monosyllabes.

Il y a un retard scolaire considérable. Le travail scolaire n'a jamais été excellent, mais elle « suivait » jusqu'à l'âge de 9 ans. Actuellement, quelle que soit la classe où on la mette, elle est incapable de suivre.

Elle apprend ses leçons avec une grande conscience et les récite à sa mère assez bien, mais le lendemain matin, elle ne peut pas même retrouver le souvenir d'en avoir su quelque chose, ni même de quelle leçon il s'agissait.

L'orthographe peut être très mauvaise ou bonne par hasard, pour quelques lignes. Jeanne se trompe parfois dans un mot qu'elle a écrit normalement quelques lignes plus haut.

Le calcul est exécrable. Devant nous, elle sait faire les additions et les soustractions très simples, mais il faut pour cela qu'elle regarde tout le temps l'adulte et qu'il acquiesce, avant de poser le chiffre qu'elle annonce timidement (sans y croire). Pour les multiplications et les divisions, la difficulté est insurmontable. Cependant, Jeanne sait sa table si on lui demande de la réciter tout entière, mais elle est incapable de se servir de ce qu'elle sait pour réaliser l'opération. « En 30 combien de fois 6 », elle prononce ces mots d'une voix blanche et se met à pleurer, en tremblant. Si on lui demande combien font 6 fois 5, elle répond 30, mais elle n'établit aucun rapport entre cette solution et la question qu'elle s'est posée l'instant précédent.

Bref, Jeanne est demeurée depuis 3 ans dans la même classe avec des enfants de 10 ans, classe qu'elle ne peut suivre, et ne joue en récréation qu'avec des plus jeunes encore (entre 6 et 8 ans).

A la maison, elle se comporte en petite enfant, aime à se mettre sur les genoux de sa mère, et à se pelotonner dans ses bras. Elle a passé par une période où elle était raisonnable, impertinente et négativiste avec sa mère qui était obligée de sévir. *Cette attitude hostile a cessé à l'époque de l'apparition des crises.*

A la maison, on la traite comme une petite. Elle ne prend jamais part à la conversation. Elle veut quelquefois une chose que son frère a en main, alors elle crie, va se plaindre à sa mère, qui oblige le grand à céder « parce qu'elle est petite » et aussi parce que son père, toujours à la maison, ne veut pas de bruit.

Le père est un homme nerveux, anxieux, toujours malade depuis la guerre, où il aurait été gazé. Il est réformé à 10 % et son état pulmonaire semble suspect. Mais il n'a jamais de fièvre, ni de vraie maladie. Il ne travaille pas et se plaint continuellement. Le bruit le rend malade. Dans cette famille aux nombreux enfants, on ne voit personne, et le père interdit qu'on fraye même avec les voisins. Il tolère seulement à la demande des propriétaires, que leur fille joue avec Jeanne dans la cour. Ces propriétaires, riches, bien habillés et qui ont une auto, impressionnent le père. Il est aigri et tient des propos jaloux

contre eux chaque fois que Jeanne fait allusion à eux. Il trouve soi-disant de bonne politique de laisser les enfants jouer ensemble. Mais en fait il est charmant quand ces gens lui parlent, et, sans l'avouer, profondément flatté.

A part cela, le père ne s'occupe absolument pas de Jeanne, pas plus que des autres d'ailleurs. Bref, son comportement est caractéristique de névrose.

Il y a encore un homme à la maison, René, qui a 18 ans, dont nous avons vu qu'il n'a avec Jeanne que des rapports de taquineries puériles, et qu'il cède toujours. D'ailleurs, il n'est pas souvent à la maison en dehors des heures de repas.

Quand à la sœur couturière, Jeanne en parle comme d'un être qu'elle aime et admire, mais sans établir de point de comparaison avec elle-même. Elle fait partie des « grandes personnes ».

Telle est la situation d'ensemble, signant l'arriération affective. Les troubles semblent d'origine hystérique, ils ont pour conséquences de dispenser l'enfant de l'école pendant plusieurs jours et même des semaines entières, sur le conseil de la directrice d'école, car le spectacle de Jeanne en crise, trouble les enfants et a provoqué l'intervention de certains parents

Je prends Jeanne à part, car devant sa mère, elle ne peut répondre et regarde celle-ci d'un air de naufragée qui appelle au secours. Au début, elle tient la tête toujours baissée, elle me répond tout bas d'une façon polie d'enfant bien élevée et indifférente : « Oui, Madame, non Madame » avec des syllabes saccadées.

Puis, quand je la réconforte, l'émotion arrive à « fleur de peau », les yeux sont pleins de larmes, ses mains et ses lèvres tremblent, elle reste pâle et incapable de me regarder.

Quand je lui demande s'il y a longtemps qu'elle est toujours triste, elle me regarde avec une expression touchée, pleure et le contact s'établit. A partir de ce moment, elle me répondra gentiment, et peu à peu un fort transfert positif s'établira, basé sur la confiance totale qu'elle me portera.

Je résume sur sa fiche au fur et à mesure ce que j'apprends d'elle.

Ses « malaises arrivent à l'école, quand elle a fait quelque chose de mal ». Exemples : retard en classe, leçons pas sues. « Alors, ça lui tourne, dit-elle, elle est mal à son aise » et elle ne se réveille qu'en voyant des gens autour d'elle. Ou bien encore, les malaises surviennent dans la cour de récréation « quand on joue à des jeux mal » par exemple : jouer « au voleur, jouer à s'attraper », même quand ce sont les autres qui jouent et qu'elle les regarde. Il faut, explique-t-elle, « qu'elle ne les regarde pas ».

Les « malaises », c'est comme « une peur qui dépasse » et qui « fait fort », « ça m'écrase ». On ne peut mieux traduire l'angoisse.

Jeanne m'a dit que depuis ses crises, il y a moins de conflits avec sa mère qui la dorlote maintenant. Il y a eu des conflits entre ses deux frères, de 6 et de 4 ans plus âgés qu'elle, depuis leur petite enfance. Moins depuis 1 an, « parce qu'ils sont grands ».

Sa dépression morale, sa tristesse, viennent des préoccupations angoissantes « des accidents de la vie qui peuvent arriver à ses frères ». L'année dernière, René a eu la scarlatine (c'était avant ses crises à elle), c'était grave, on était inquiet. Maintenant, « maman se cache pour pleurer à cause de Raymond qui s'ennuie depuis qu'il est soldat ». (Elle-même s'ennuie partout maintenant) mais « surtout parce qu'il est sur les côtes d'Espagne sur un bateau. Et il y a la guerre, il va être tué ». C'est quand elle a su qu'il allait en Espagne qu'elle a eu sa 1^{re} crise. Elle ignore d'ailleurs, ce qu'est la guerre d'Espagne et qui la fait.

Grosse agressivité — qu'elle n'avoue que pour le passé — contre ses deux frères. Scènes continuelles, jalousie réciproque, coups, larmes de Jeanne qui obligeait la mère à intervenir pour faire céder les garçons sous prétexte qu'elle était « la petite ».

Mais la mère n'en était pas plus aimée pour cela, car, jusqu'à la 1^{re} crise, elle faisait de l'opposition systématique et impertinente vis-à-vis de sa mère pour les moindres petites choses, attitude qui provoquait des remontrances et des gifles.

Pendant cet entretien, surtout au début, Jeanne fait lapsus sur lapsus. En 2 phrases, elle dit : « torpetlume » au lieu de porte-plume (elle ne peut plus le tenir quand ces malaises commencent). « l'année prochaine pour l'année dernière, sa 1^{re} « quise a cromencé », ses frères la « quatinaient » tout le temps... et d'autres. Bref interventions des consonnes des 2^e syllabes qui sont mises à la place des premières.

Je fais appel à sa confiance en moi. Je soulage un peu son angoisse de culpabilité pour « l'agressivité passée » contre Raymond, peut-être qu'elle se sentait malheureuse d'être la dernière, de ne pas être à sa place. Je lui dis que les pensées méchantes n'ont pas de répercussion sur la réalité.

Je dis à la mère que Jeanne peut aller à l'école, ce n'est pas la peine de la garder à la maison, mais que cela n'a que peu d'importance parce qu'il n'y a plus qu'une semaine avant les grandes vacances.

Il faudrait qu'elle aide Jeanne à grandir, à lui parler en femme, à s'occuper de la maison.

13 juillet. Il n'y a pas eu de crise. Jeanne a été pourtant à l'école. C'est la dernière consultation de l'année scolaire.

Je parle à la mère et lui fait comprendre la nécessité d'un traitement psychothérapique, elle nous ramènera l'enfant à partir d'Octobre pendant quelques mois tous les huit jours.

Seule avec moi, Jeanne parle plus fort et regarde en face, elle est beaucoup moins émotive que la dernière fois.

A propos d'une conversation que j'ai devant elle avec deux autres médecins du service sur un autre cas, elle me dit (à ma question « Qu'est-ce que tu penses de cela ? » qu'elle n'a pas écouté puisque ce n'étaient pas des choses pour elle. J'en profite pour lui expliquer que les préceptes de politesse qui engagent à la discrétion sont destinés à rendre la vie plus agréable à tout le monde, y compris à celui qui s'y soumet. On s'abstient de faire de la peine aux autres en ne leur disant pas des choses désagréables par exemple, mais cela n'empêche pas les opinions du for intérieur. Quand on dit des choses devant vous qui ne vous sont pas destinées, cela n'empêche pas qu'on les écoute, quitte à ne pas les répéter.

Elle m'avoue alors qu'elle a tout de même un peu écouté mais qu'elle croyait que c'était très mal. « Les choses qui ne sont pas pour moi, je croyais que c'était pas bien de les écouter même si on les disait devant moi ».

Jeanne me sourit (!) à ma question : « comment ça va » me répond : « je me sens plus heureuse de vivre, ça me fait drôle. J'étais toujours triste avant » !

Son langage est encore plein de puérilisme. Ex. : en vacances, elle va s'amuser avec des « petit'amies » et bien d'autres expressions infantiles analogues. Il n'y a plus eu d'inversion de syllabes.

12 octobre. Dans l'ensemble, bon été. Pas une crise. Jeanne n'est pas partie à la campagne, mais elle a passé toutes ses journées en compagnie d'une petite fille de 11 ans qu'elle aime bien (la fille du propriétaire). Elle a eu quelquefois des étourdissements, les uns au réveil, d'autres après les repas, mais sans plus. Elle s'asseyait et ça passait.

Elle est beaucoup moins émotive, sourit souvent, encore timide, mais sans tremblements, elle rougit un peu, mais me regarde bien en face.

Elle a encore été très triste au moment des événements de fin septembre. Elle pleurait dans son lit le soir, regardait les journaux pour voir (elle qui m'avait dit une fois que c'était mal de regarder les journaux, ce n'était pas pour les enfants) et, dans l'ensemble, elle a compris les événements. Donc, attitude bien différente de celle concernant Raymond sur les côtes d'Espagne.

Elle reviendra dans 8 jours.

Jeanne m'avait envoyée une carte postale cet été, mais sans y mettre son adresse, et je n'ai pas pu répondre. Cela lui avait fait de la peine. Elle avait peur que je l'eusse oubliée. Nous parlons de son omission, peut-être se dit-elle que ce n'est pas vrai que je l'aime bien (je dis cela à cause du mécanisme, la projection du transfert négatif).

19 octobre. La mère la trouve « plutôt mieux, enfin il n'y a rien à dire ».

Bon début à l'école. Nous parlons de choses et d'autres.

Elle m'avoue une découverte : il y a différentes sortes d'écoles, elle ne s'en était jamais aperçue, mais elle sait maintenant qu'il y a l'école ordinaire et l'école libre, où il y a des bonnes sœurs.

Je demande à Jeanne :

— « De quelle religion es-tu ? » Je suis chrétienne, dit-elle; mais elle ignore ce que c'est. Elle a fait sa communion, mais ne sait pas ce que ça veut dire non plus. On se met en blanc, il y a un cierge et c'est une fête.

A toutes les conversations, on sent qu'elle essaie de trouver une réponse de « livre », qu'elle se sent fautive de n'avoir pas appris ou de ne pas se rappeler. Qu'elle puisse raisonner avec ce qu'elle peut percevoir par ses sens semble dépasser son entendement.

J'essaie par de nombreux exemples de stimuler sa confiance en ses propres jugements. Par ex. « Comment sont faits les objets qu'elle voit — du bois ? Où le prend-on ? » — « Dans une cave » — « Comment y arrive-t-il dans cette cave ? » — « On l'a mis ». — « D'où l'a-t-on pris ». — Attentive et humiliée, Jeanne répond : « Je ne sais pas, j'ai pas appris ». — « Eh bien, lui dis-je, le tronc des arbres, qu'est-ce que c'est ? ». — « C'est des arbres ». — « Mais c'est du bois » — « Ah ! alors c'est ça qu'on voit couper des arbres ? » — « Oui, puis on les portes à scier, pour faire des planches et ce sont les planches qui sont mises dans des entrepôts et qu'on vend aux ateliers qui emploient des ouvriers ». Je l'amène à faire de tels raisonnements sur la plupart des objets, carreaux, paille, métal, rideaux.

Jeanne me parle alors de sa cousine qui a 16 ans et qui apprend « toutes les choses de la vie dans son livre qui parle de tout ça » (sic), « comment il faut élever les enfants et attacher les mains des bébés pour qu'ils ne se frottent pas (?) ».

Je réponds « ah oui, cela doit être bien intéressant. S'il y a des « choses que tu aimerais savoir et qui ne sont pas dans ce beau livre, « tu n'auras qu'à me les demander. Je te les expliquerai ».

Puis nous passons au calcul, et je parle de la monnaie à rendre, en essayant de déplacer la question, du scolaire sur le plan de l'adaptation à la vie. Jeanne ne connaît pas la valeur des pièces de monnaie. « Je n'ai jamais de sous. Oh non, je ne fais jamais de commissions, je « suis trop petite. Si, pour le pain, mais la marchande met sur le « compte ». Je lui enseigne la valeur des pièces en les lui montrant, et je lui dis, « voilà ce qu'il faut donner à la boulangère pour 1 kilog « de pain, voilà ce que coûte un litre de lait etc. ».

Nous terminons par des achats fictifs, additions, soustractions de sous, et rendre la monnaie. Au début, les réponses sont criblées d'erreurs. Patiemment, je recommence.

Le type des réponses de Jeanne est celui-ci (à ma question 1 franc moins 13 sous ?) « six sous non ».

Toutes ses réponses sont immédiates, sans réflexion et accompagnées de : *non*.

2 novembre. Jeanne dit qu'elle se sent bien.

À l'école, elle parle à tout le monde, l'année dernière, elle ne causait ni ne jouait avec personne, et si on lui parlait, elle se mettait à pleurer tellement elle était timide.

Son retard est considérable mais maintenant, aux récréations, elle va jouer avec celles de son âge des grandes classes. Elle est encore très infantile, aime à câliner maman, assise sur ses genoux.

Nous reprenons les achats fictifs. Nous restons 1/4 d'heure sur la moitié de 5 francs, les 5 francs étant représentés par 4 pièces d'un franc et 2 de 50 centimes. Toutes les réponses sont données, sauf deux francs cinquante, et même contre l'évidence, après avoir partagé en 2 groupes semblables les 6 pièces.

Finalement, au bout d'un quart d'heure, au cours duquel patiemment, je l'encourage), après avoir été au bord des larmes, elle arrive subitement, complètement abasourdie de ne l'avoir pas compris plus tôt. Je lui explique que tout ce que je lui demande est aussi facile, elle peut y arriver.

Je lui demande si elle a une idée sur ce qu'elle fera plus tard. Elle a des idées, elle voudrait être vendeuse, parce qu'elle aime faire la marchande. Je lui dis : « pourquoi pas », et lui montre la façon pratique d'y arriver, d'abord bien savoir rendre la monnaie, puis bien savoir faire les paquets, et connaître un magasin où on prendrait une apprentie. « C'est bientôt, c'est l'année prochaine, tu auras 14 ans bientôt ! Dans 4 ans tu pourrais te marier ». Tout cela est du nouveau intégral pour elle. Elle voulait être vendeuse comme un petit garçon veut conduire une locomotive ou devenir général. La pensée d'une réalisation lui paraît extraordinaire.

Dans l'ensemble, gros progrès du comportement. Il y a un fond certain de débilité mentale, cependant vu les progrès depuis juillet on peut espérer adapter Jeanne à une vie sociale possible.

9 novembre. Jeanne a eu un évanouissement. Elle a cessé l'école depuis. Je la vois, mais à dessin, très rapidement, juste assez pour lui dire devant sa mère que cela ne m'inquiète absolument pas, qu'elle a peur de grandir, et sans faire exprès, veut jouer à la petite fille. J'interdis à maman de la prendre sur ses genoux comme un bébé. Nous parlerons ensemble la semaine prochaine, je la verrai, s'il n'y a pas eu de crise.

Elle doit retourner dès cet après-midi à l'école. Tout cela dit sur un ton ferme, mais en prenant Jeanne affectueusement par l'épaule.

16 novembre. Etant souffrante, je ne suis pas là, et en mon absence, Madame Codet la voit et note : bon état, pas de « malaise cette semaine. Bien meilleure présentation qu'il y a 6 mois où je l'avais vue ».

23 novembre. Jeanne a bien meilleure mine qu'il y a 15 jours.

Elle n'a pas eu de malaise nouveau.

Elle me raconte ses terreurs au moment de s'endormir.

Elle « voit des grosses têtes ». Ces grosses têtes ne sont ni laides, ni grimacières, ni terribles, mais pourtant « je me cache la figure dans mon coude et j'ai très peur ».

Je ne dis mot, et Jeanne continue : « La nuit aussi je me récite mes leçons, et le matin, je les ai oubliées. On m'appelle tête de linotte ». Je lui demande : « Qu'est-ce que ça veut dire ? » — « Je ne sais pas, dit-elle, c'est mal, c'est quelque chose de mal ». — « Crois-tu ? Qu'est-ce que c'est une linotte ? » — « Un petit oiseau » — « Oui, alors, tête de linotte ? » — « Ah oui, ça veut dire la tête d'un petit oiseau » — « Mais oui, et quand tu as peur des grosses têtes, c'est parce qu'elles te reprochent de ne pas retenir tes leçons comme si « c'était mal », comme si tu le faisais exprès. Une linotte, c'est très gentil et ça sait bien assez de choses pour faire son nid, couvrir ses œufs, soigner ses petits qui ne savent pas quitter le nid, ça a un cœur qui peut aimer autant que les grosses bêtes qui ont une grosse tête savante ».

Jeanne me dit qu'elle est souvent fatiguée avant les repas parce qu'elle a très faim et qu'elle ne peut pas assez manger pour aller sans fatigue jusqu'au repas suivant. Elle n'a pris aucun remède depuis le mois de juin.

Traitement organique pour deux mois : 10 jours huile de foie de morue, 10 jours granulé ferrugineux, 10 jours repos, et recommencer.

14 décembre. Elle va bien, est plus rose et se dit plus forte. Il n'y a pas eu le moindre incident, ni de santé, ni de caractère depuis le 23 novembre. *Les terreurs du soir ont cessé.*

Jeanne me raconte de menus incidents d'école, avec la volubilité des récits de fillettes de pensionnats. C'est nouveau. « Je lui dis... qu'elle répond... qu'elle va dire à la maîtresse qu'elles disent... qu'on fait, etc... ». Dans l'ensemble, elle traduit un bon comportement.

Nous reprenons les essais de calculs de monnaie. Résultat meilleur au début, et bon ensuite. Jusqu'à présent, il n'était question que de francs et de sous. Je me risque à lui expliquer patiemment la correspondance des centimes, et des sous. Elle y arrive, mais pas encore à calculer avec les centimes.

Après quoi, Jeanne me demande si elle peut me demander quelque chose qu'elle voudrait savoir. Je réponds : « oui, bien sûr. » — « C'est

comment on fait les enfants. » — Je lui demande d'abord ce qu'elle croit.

Sa conception est que c'était l'homme qui intervenait, mais elle ne savait pas comment, peut-être « en blessant », et les enfants naissaient par le côté du ventre, ça se déchirait ou bien l'homme ou les docteurs y faisaient un grand coup de couteau pour ouvrir le ventre. Ça s'appelle l'accouchement, c'est épouvantable et on meurt très souvent.

Mes explications sans réticences la rendent attentive et semblent la rassurer beaucoup et même lui faire plaisir. Je lui explique aussi ce que signifie pour elle le terme « pas formée » que sa mère me dit souvent à propos de Jeanne. Elle m'avoue alors qu'elle croyait que c'était « une chose mal » et que « ce n'était pas pour les enfants ».

Jeanne m'avoue qu'elle voulait me demander la vérité parce que c'était sa cousine si calée sur les choses de la vie qui lui avait dit tout ça. Elle comprend aujourd'hui qu'avec ses airs de savoir, elle ne savait pas du tout. Elle me remercie et est tout heureuse.

En la rendant à sa mère, je dis à celle-ci que sa fille est devenue une grande fille. Je pense qu'elle n'a plus peur de grandir.

La mère est contente et me dit qu'en effet, elle n'est plus comme avant avec elle, et s'intéresse à l'aider au ménage, et à écouter la T. S. F.

25 janvier. La mère me dit que Jeanne a encore fait des progrès, c'est même une transformation, depuis la dernière fois, pour le moral, et de plus, au point de vue physique, Jeanne a eu ses premières règles normalement, sans fatigue ni douleurs, elle en était toute fière.

Seule avec moi, Jeanne à l'air contente et calme. Elle sourit. Nous parlons de l'année prochaine. Elle quittera l'école. Elle voudrait toujours être vendeuse, et il y a une mercière chez qui se fournit sa mère qui la prendrait peut-être, elle prend des jeunes filles qui commencent, pour leur apprendre. Elle ira lui demander.

Il y a un progrès considérable pour le calcul. Elle rend très bien la monnaie et fait même des calculs simples mentalement. Jeanne me dit qu'elle a demandé souvent à sa mère de faire semblant de rendre la monnaie et « quand j'ai su, j'ai dit à maman que j'irais faire les commissions, elle a bien voulu. »

A la maison, l'attitude est donc bien meilleure.

Vis-à-vis de René, elle est ennuyée qu'il ne soit pas gentil avec elle.

Elle a récrit à Raymond pour qu'il s'ennuie moins. Elle ne pense plus à la guerre. « On verra bien, personne ne sait ».

En classe, ce n'est pas merveilleux, sauf pour la couture. Elle ne coud pas aussi bien qu'Odette qui est couturière, mais Odette dit que c'est bien. Jeanne aime le tricot et la couture.

Je l'engage à faire quelque chose (un cache-col par exemple ou un

chandail) à René pour sa tête. Comme cela, il verra qu'elle est devenue une jeune fille, peut-être deviendra-t-il plus gentil avec elle.

Je lui conseille aussi d'aller à un patronage le dimanche. Jeanne me dit qu'il y en a précisément un où vont de ses camarades de classe. « Et quand il fait beau, on va dans les bois pour des « pique-nique ». Je le dis à la mère qui est tout à fait d'accord. « Il faudra aller « contre papa, mais tant pis » dit la mère.

Depuis le 25 janvier. Je ne devais revoir Jeanne que si quelque chose n'allait pas. Je ne l'ai point revue. D'ailleurs, la dernière séance annonçait un comportement véritablement adapté malgré le niveau mental déficient.

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Hystérie, retard scolaire et intellectuel.

DIAGNOSTIC PSYCHANALYTIQUE.

Intrication de symptômes phobiques obsessionnels et hystériques en rapport avec un Complexe de Castration en activité chez une enfant de 13 ans présentant une débilité mentale légère, mais certaine.

On voit en effet dans ce cas, d'une part, les sentiments d'infériorité, d'autre part, une angoisse énorme issue du Complexe de Castration, de l'envie de puissance (grosse tête) et de domination sur les frères, traduisant symboliquement une envie de pénis.

Les sentiments d'infériorité, déjà légitimes, étaient renforcés par une inhibition auto-punitive, due au retour sur l'enfant des souhaits de mort dirigés sur ses frères, souhaits dont la scarlatine grave, pour René, et la guerre d'Espagne, pour Raymond, semblaient confirmer la toute-puissance magique.

L'angoisse de Castration en était arrivée à inhiber le développement tout entier de l'enfant, à lui interdire de « regarder », « d'écouter », de « penser », car une contagion obsessionnelle faisait tache d'huile et provoquait la phobie de tout ce qui, par associations d'idées pouvait être qualifié de « chose mal ».

L'enfant était alors obligée de régresser jusqu'au stade oral passif pour chercher coûte que coûte à satisfaire au principe de plaisir (se faire câliner sur les genoux de sa mère).

L'agressivité œdipienne vis-à-vis de la mère qui s'était traduite par les impertinences, avait dû être refoulée secondai-
rement sous la menace du Sur-moi, et avait fait place à l'atti-
tude masochique et infantile de la crise d'hystérie qui désar-
mait et inquiétait la maîtresse et la mère. Les crises d'hystérie
survenaient alors chaque fois qu'une « chose mal » (jeu
agressif ou constatation de son infériorité scolaire) faisait
entrer en résonance le Complexe de Castration.

OBSERVATION 13.

Service de M. le Docteur PICHON.

MONIQUE, 14 ANS. *Enfant dite « normale » et cependant comme nous le
verrons, gravement névrosée.*

Ce n'est pas une enfant dont l'entourage ait notion qu'elle soit ma-
lade et elle-même encore moins.

Cependant, on vient me consulter pour que je l'examine et dise si
oui ou non, elle est susceptible de continuer ses études jusqu'au brevet,
car sa maîtresse de classe l'en dissuade et ne lui prédit qu'échec si elle
le tente. On a eu l'idée de nous l'amener à Bretonneau à cause du trai-
tement de son cousin, un tiqueur, que nous soignons à la consultation
du mercredi et qui est très amélioré.

La mère de l'enfant est infirmière, intelligente, d'aspect net et
propre, de visage et de coquetterie féminine bien qu'elle soit habillée
très sobrement d'une façon un peu masculine. Son extérieur est calme,
avenant, son langage posé, elle semble désirer vivement la réussite de
sa fille, à qui elle parle très gentiment.

Monique est une fillette déjà réglée, de corps un peu formé, mal
soignée, aux ongles noirs, aux mains sales qu'elle porte à sa figure d'un
air gêné en parlant.

Elle a des cheveux gras mal peignés, tirés en arrière et maintenus
par un ruban crasseux. Ses yeux sont assez beaux, mais son regard
instable, son sourire et grimaçant et gêné, elle rit par contenance en
tournant la tête de droite et de gauche, et montre des dents sales, il
manque des boutons à sa robe; son col est sale et à demi dé cousu.

Elle me raconte la situation en classe et difficultés de mémoire,
non pas pour les leçons, mais dans la vie courante (elle ne peut faire
deux commissions sans en oublier une). Je remarque qu'elle ne peut
pas dire une phrase sans regarder sa mère, comme pour se faire con-
trôler et approuver tacitement.

Elle a passé son certificat en juin dernier à 13 ans 1/2, bien qu'elle fût dans la classe au-dessous du certificat. Elles étaient 5 dans les mêmes conditions. L'une d'elles a pris l'initiative, les 4 autres l'ont suivie et elles ont toutes les cinq été reçues. Mais à l'école, on les a jugées très sévèrement, paraît-il, et dans le cours complémentaire, elles ont été « prises en grippe ».

La maîtresse prétend que Monique est incapable de passer dans une autre école pour 2^e année du cours complémentaire.

Or, Monique voudrait devenir professeur de Gymnastique, ce qui nécessite le brevet. Elle m'apporte ses cahiers. Contrairement à sa personne, ils sont tenus correctement.

Le test Binet-Simon montre un niveau mental normal, mais une difficulté à lâcher une besogne pour s'adapter rapidement à la suivante, ce que Mlle ACHARD traduit par enfant « glischroïde, réponses embrouillées, souvent en mauvais français, hésitante dans le choix de la valeur des réponses ». Le calcul intrinsèque des épreuves réunies donne un total de 14 ans 4 mois d'âge mental pour un âge réel de 14 ans 6 mois. Mais l'observation détaillée des épreuves du test et de leur résultat est particulièrement intéressante, pour appuyer ce que nous avons dit du niveau mental et de l'intelligence d'une part, de l'intelligence névrotique d'autre part.

Après avoir bien répondu à toutes les questions de l'âge de 9 ans, Monique échoue à deux sur cinq des questions de 10 ans, réussit toutes celles de 12 ans, 4 sur 5 de celles de 15 ans et 2 sur 5 de l'âge dit adulte.

Or, voici le tableau :

9 ans		12 ans	
+ * Reconnaître pièces de monnaie.		+ 3 mots en une phrase.	
+ * Rendre sur 1 fr.		+ Résister à suggestion de lignes.	
+ * Définir supérieure-ment à usage.		+ Plus de 60 mots en 3 minutes.	
+ * Questions faciles.		+ Définir mots abstraits.	
+ Enumérer les mois.		+ Deviner le sens de phr. en désordre.	
10 ans	Adultes	15 ans	
+ * Questions difficiles.	— Epreuve de découpage.	+ * Répéter 7 chiffres.	
— Ordonner 5 poids.	— Reconstruire un triangle.	+ * Répéter phrase de 26 syllabes.	
— Deux dessins de mémoire.	— Différences de mots abstraits.	— * Interpréter une gravure.	
+ Critiquer phrases absurdes.	+ Roi et Président.	+ Trouver 3 rimes.	
+ 3 mots en 2 phrases.	+ Pensée d'Hervieu.	+ Problèmes de faits divers.	

On voit que Monique échoue dans les épreuves qui demandent une participation importante des sens (ordonnance de poids, découpage, reconstruction d'un triangle) de la mémoire pratique et du jugement s'il doit y intervenir l'objectivité, et l'esprit d'initiative pratique, c'est-à-dire le bon sens : différence de mots abstraits ou interprétation d'une gravure, (elle la décrit). Au contraire, elle réussit les questions où les connaissances livresques sont indispensables (3 rimes, roi et président) où la mémoire verbale intervient (répétitions de chiffres, de phrases). L'astuce intellectuelle et la réflexion philosophique sur la vie lui sont également accessibles (questions difficiles, pensée d'Hervieu).

Dans le comportement de Monique, les mêmes lacunes se retrouvent sur un autre plan. De même qu'elle reste accrochée longtemps à un raisonnement non complet, de même elle le fait à une position libidinale de la grande enfance, dont elle a peine à sortir.

Dans un entretien que j'ai seule avec la jeune fille, elle me raconte qu'elle fait du camping, depuis longtemps mais ce n'était pas avant « comme c'est maintenant ». Elle me dit que les garçons les taquent « (les filles) quand elles sont ensemble. » — « ils sont après elles » et en sortant de l'école « ils leur font des misères et leur disent des choses ». « On ne peut pas être tranquille ». « Alors, ce n'est pas de leur faute (aux filles) ». Les compagnes rient, se sauvent, ne discutent pas, et quelquefois elles grognent un peu, mais elle, ça la rend folle ! Elle a « peur que les gens croient qu'elle en est contente, que la « concierge la voie et le dise aux voisines ou à sa mère » Sur-moi maternel jaloux et castrateur). Bref, elle part en guerre contre les garçons, elle leur répond des sottises furieuses, elle tape dessus, elle rentre à l'abri ensuite, traquée dans les portes cochères, et se réfugie dans des escaliers inconnus ; et surtout elle n'ose pas s'arranger en jeune fille, elle est sale et a des allures garçonnières.

Elle commence à être avertie de la vie par les propos des autres, m'avoue-t-elle en rougissant, mais elle a une peur terrible de sa mère, elle ne pourrait jamais rien lui demander, me répond-elle au moment où je lui dis que celle-ci lui donnerait les explications qu'elle voudrait avoir.

D'après la conversation que j'ai eue avec la mère, je n'ai pas eu du tout l'impression que celle-ci bridait sa fille, au contraire. Aussi, après beaucoup de lutte avec Monique, j'obtiens de faire venir sa mère et de lui parler devant elle. Monique tremble, me supplie, puis cède avec une grosse appréhension. Or, comme je m'y attendais, la mère se montra absolument compréhensive et parla à Monique exactement comme moi à propos des histoires avec les garçons. La mère me dit que les allures garçonnières et pas soignées de sa fille l'ennuient, et que c'est pour cela qu'elle la pousse à faire du camping mixte afin qu'elle apprenne à fréquenter les garçons et qu'elle devienne un peu

coquette. Elle rit des craintes de Monique et lui dit qu'elle devrait être fière que les jeunes gens la taquent et s'en amuser.

Mais la mère se tournant vers moi ajoute : « J'ai toujours dit à « son père qu'il avait tort : il veut que sa fille soit sportive, qu'elle soit « courageuse, dure, il voudrait toujours que, moi-même, je ne m'arrange « pas, que je ne mette pas de poudre, et il aime voir sa fille comme « cela. »

Parfois, je lui dis : « Mais elle est trop grande, tu la traites comme « un garçon, c'est bientôt une femme, elle ne sait même pas coudre, « et aucune chose dans la maison ne l'intéresse. » Il répond : « elle « en sait bien, assez et j'espère bien qu'elle ne sera pas assez bête pour « devenir comme toutes les petites oies qui s'attifent en actrices de « cinéma ». Bref, son père l'aime à sa manière, il s'en occupe beaucoup, il l'encourage à devenir professeur de gymnastique, mais il ne lui veut voir que des qualités de garçon, et, ajoute la mère : « Il est nerveux et exigeant avec elle, jamais satisfait. »

Tel est le tableau psycho-affectif de ce cas. Le comportement de Monique traduit une névrose très caractérisée.

Il est évident qu'intellectuellement, Monique est très capable de passer le brevet et autres examens où les épreuves sur des matières « d'acquisition pure » sont les plus nombreuses, et il est plus que probable que l'avis défavorable de sa maîtresse est dicté par une partialité excusable. D'ailleurs, pour être reçu à des examens, surtout à des concours, il n'y a pas que les épreuves écrites ou les propos tenus pendant les épreuves orales. Il y a les notes individuelles concernant la manière de se présenter, de parler, la conduite, l'esprit de camaraderie, etc..., et tout ceci est à la défaveur de Monique, et lui sera dans la vie sociale un sérieux handicap. Il est certain que le comportement de Monique est névrotique, c'est-à-dire mal adapté à la réalité.

Au point de vue diagnostic psychanalytique, il s'agit d'un Complexe d'Œdipe non résoluble à cause de l'attitude hostile inconsciente du père vis-à-vis des femmes. Cette situation entraîne l'activité du Complexe de Castration et l'ensemble des réactions du « Moi » donne lieu au syndrome appelé Complexe de Virilité.

Monique a été obligée de régresser au plus satisfaisant des stades prégénitaux, c'est-à-dire pour une fille au stade sadique

anal. Elle est alors dans la situation infantile de rage devant la supériorité musculaire et phallique des garçons par laquelle elle réagit par le souci des études et l'agressivité. Mais celle-ci est irrationnelle, et la protestation inconsciente ne modifie pas la réalité, elle n'est qu'une fille, le résultat est l'angoisse, la terreur panique qui l'oblige aux retraites tragi-comiques dans les immeubles inconnus. La poursuite des garçons est inconsciemment *provoquée* par cette attitude ridicule et exhibitionniste de faiblesse révoltée et cela réveille la culpabilité vis-à-vis du Sur-moi. « Les gens vont croire qu'elle le fait exprès, et le « dire aux voisins et à sa mère ». C'est l'entrée en résonance de l'angoisse de Castration, angoisse absolument irrationnelle quand on connaît la mère ! Ce n'est pas elle, ni les voisines, que l'enfant redoute, c'est son propre Sur-moi qui parle en mère phallique, toute-puissante et magique. Ce Sur-moi c'est la mère telle que se la représente toutes les fillettes au stade pré-œdipien sadique-anal; elle bénéficie en outre de la jalousie que l'enfant lui prête lors du début du Complexe d'Œdipe et qui n'est autre que la propre jalousie de l'enfant, projetée sur sa mère.

Puisque l'Œdipe n'est pas résolu, au lieu d'avoir une attitude rationnelle, Monique est obligée d'avoir vis-à-vis du monde extérieur une attitude dérivée d'une optique rigoureusement subjective, découlant immédiatement de la situation œdipienne non liquidée. L'attitude archaïque vis-à-vis de la mère — objet d'amour du stade anal — est nous le savons l'ambivalence.

Tous les êtres féminins sont homologués à la mère. « La mère » ne peut pas être telle tout simplement, elle doit être « bonne » et « mauvaise » tout à la fois avec des proportions variées de positif et de négatif dans l'ambivalence.

Vis-à-vis des maîtresses, substitut de la mère mauvaise, Monique se comporte en frondeuse, impertinente, révoltée, par sentiments d'infériorité, ce qui entraîne nécessairement des réprimandes. L'enfant est alors trop contente de justifier ses griefs en les rationalisant et dit « la maîtresse m'a prise en grippe » et va s'en plaindre à la « bonne » mère (sa mère). Mais, même vis-à-vis de celle-ci, l'attitude n'est pas absolument

positive, et l'enfant la craint, parce qu'inconsciemment elle lui est hostile. C'est ce que prouve son attitude masochique : soumission infantile et besoin de son approbation constante pour les moindres mots et les moindres initiatives. Cette attitude nécessaire, étant donné l'ambivalence inconsciente, fait équilibre à l'autre, l'attitude sadique agressive, vis-à-vis des maîtresses de classe et des directrices d'école.

Parallèlement, les objets d'affection de Monique sont choisis sur le mode homosexuel inconscient, latent qui soude ses amitiés avec les filles « pareilles à elle », c'est-à-dire mues par les mêmes conflits (les 4 rebelles, prises en grippe).

Vis-à-vis des autres jeunes filles, les amitiés amorcées dans l'enfance se dissocient, car elles réagissent aux attaques des garçons d'une autre façon et abandonnent la bizarre et mal soignée Monique à son triste sort d'arriérée affective. Un fossé se creuse entre Monique et les autres fillettes de sa génération, augmentant encore ses sentiments d'infériorité à l'égard des femmes.

Monique n'est donc pas armée pour la vie. Si intelligente soit-elle, elle manque de bon sens et ne peut réussir qu'en marge de la norme. Elle est animée de gros sentiments d'infériorité. Elle ne saura pas lutter dans la vie sociale pour triompher des femmes. De plus, l'entrave inconsciente au libre jeu de son agressivité — même quand celle-ci n'est pas au service de la féminité taboue — la rend incapable de réussir dans la lutte pour sa vie sexuelle sans mécanisme d'échec.

Nous verrons plus loin le pronostic que doit faire envisager un tel cas, sans psychanalyse. Or, la Psychanalyse ne peut être conseillée à Monique actuellement, d'abord parce que ni les parents ni l'enfant ne peuvent encore comprendre la gravité du cas, surtout le père, qui y opposerait une résistance insurmontable. Tant que sa fille sera légalement sous son autorité, il est impossible de la soigner sans la placer humainement dans une situation trop douloureuse à supporter.

Nous n'avons donc pas soufflé mot de Psychanalyse, nous avons essayé de la seule arme qui nous restait : répondre à la question pour laquelle on était venu nous consulter en profitant

de cette occasion pour avoir une action directe sur le Sur-moi en le confrontant avec la réalité : la mère non phallique, non jalouse, non castratrice. Nous-même qui la rassurons totalement sur son niveau mental, sur ses capacités intellectuelles, Nous « femme docteur » (qui commandons aux infirmières), donc qui devrions être une « femme phallique masculine et dangereuse au maximum, nous parlions avec des mots de bon sens et de simplicité des altercations avec les garçons. Nous stimulions sa coquetterie en lui détaillant les éléments naturels de sa personne qu'elle pourrait mettre en valeur sans recourir ni au rouge ni à la poudre, ajoutions-nous. « Car il y a des « femmes charmantes et féminines qui n'utilisent pas d'artifices de toilette ».

Nous la *félicitions* de son initiative rebelle pour le certificat d'études et nous soulevions l'hypothèse que, dans le fait d'avoir été « prise en grippe » par les maîtresses, elle était peut-être responsable. N'avait-elle pas triomphé maladroitement pour « vexer », comme si la véritable attitude forte n'eût pas été plutôt, le succès assuré, de jouer la modeste ! Cet argument la fit rire, car il pouvait trouver un écho fertile dans le mécanisme de défense autorisé par son Sur-moi sadique anal, « l'astuce ». De plus, notre manière objective, sans passion, de parler de son père et de sa jalousie certaine des femmes ne pouvait choquer Monique. Et la collaboration de sa mère, malgré sa terreur qui s'est avérée non fondée, collaboration que nous avons sollicitée à la fin de l'entretien aura peut-être un salutaire effet, correctif sur le Sur-moi de la jeune fille.

Cependant, en notre for intérieur, nous en doutons. Le pronostic du cas de Monique nous semble très mauvais. Une psychothérapie chez elle ne pourrait donner qu'un résultat superficiel et momentané. Il est trop tard. Il faudrait une véritable psychanalyse, mais elle ne sera possible que lorsque Monique aura *perdu* son père.

De telles jeunes filles ne peuvent devenir sans psychanalyse, des femmes à comportement sain. Si elles arrivent, pour faire comme tout le monde, ou pour toute autre raison de plus-

value sociale ou de libération familiale, à « prendre » un amant ou à se marier, elles sont frigides dans les rapports normaux (insensibilité vaginale) peut-être même totalement frigides et méprisant les « choses du sexe », qu'elles traiteront (selon l'expression concernant les excréments) de « cochonneries ». (Cela suivant le degré de leur sentiment de culpabilité inconsciente à « usurper » la place d'une autre femme).

Leur agressivité non liquidée vis-à-vis du sexe masculin les rend insupportables et *castratrices* vis-à-vis des hommes, que, de préférence, elles choisissent inférieurs à elles (milieu, fortune, intelligence). Si ce sont des hommes de comportement viril ou de valeur, manifestement supérieurs à elles, elles tentent de les « châtrer » sur tous les plans, de les rendre impuissants (vaginisme) ou de les ridiculiser socialement (querelles publiques, gaffes, dépenses, vie extra-conjugale ostensible). Si elles ne réussissent pas à amoindrir leur vitalité, elles projettent alors sur lui tout leur sadisme et joueront les martyres, malades, écrasées, trompées, jouées, sadisées, ruinées en provoquant ou favorisant inconsciemment elles-mêmes les circonstances qui satisferont leur masochisme.

Si ces femmes ont des enfants, ceux-ci ne seront pas investis d'un amour maternel oblatif du stade génital, mais d'un « amour » ambivalent, possessif et autoritaire, signant les relations objectales sado-masochistes du stade anal. Ces femmes pourront avoir vis-à-vis de leurs enfants, suivant la classe sociale à laquelle elles appartiennent, des raffinements de cruauté — leur enseignant à mépriser ou mal juger leur père, à poser en « sacrifiée », à qui ils doivent tout et qu'ils seraient criminels d'abandonner pour mener leur vie affective et sexuelle d'hommes et de femmes sains.

Voici donc encore un exemple éloquent de ce que nous appelons la névrose familiale. Dans le cas de Monique, nous voyons la lourde responsabilité d'un père névrosé — lui-même ennemi des femmes, et homosexuel qui s'ignore. Cependant, ne l'accusons pas trop vite. Lui-même se venge peut-être sur sa fille de la souffrance qui lui a été imposée dans sa jeunesse par une mère frigide ou des sœurs castratrices auxquelles il

n'a pas su réagir, et auxquelles inconsciemment, il ne pardonnera jamais. D'ailleurs, nous le savons, il souffre, car, malgré la névrose docile de sa fille, il « n'est jamais satisfait de l'enfant ».

ROLE DE LA SEXUALITE DANS LE DEVELOPPEMENT LIBIDINAL HUMAIN SUR LE DOUBLE PLAN EROTIQUE ET PSYCHO-AFFECTIF

♀ STADE ORAL ♂

Aimance absorptive. Cinq sens. Activité musculaire respiratoire et digestive.

Plaisir à Etre, Plaisir à avoir, Participation.

Dépendance totale à l'égard de ce qui fournit l'Etre et le Bien-être

1. Oniro - passif - oral.

2. Oniro - sadique (passif-agressif) oral.

Sevrage.

STADES MUSCULO-EXCREMENTIELS

Aimance ego-possessive. Synchronisme musculaire.

Agressivité. Passivité au service du *Plaisir à Avoir*.

Bien-être subjectif à Faire ou à Ne pas Faire¹ selon la possession qui en découle de la part de l'objet.

1. Stade accapareur sadique anal.

Fille ♀

Faire ou ne pas faire
pour CAPTER

Garçon ♂

Faire ou ne pas faire
pour PRENDRE

2. Stade ambitieux sado-phallique uréthral.

♀ ambitionner : ATTENDRE

| ambitionner : POURSUIVRE ♂

Education Sphinctérienne.

♀

Aperceance de la différence sexuelle.

♂

Dévalorisation des Filles.

| Dévalorisation des Filles.

Réactivation ambition anale.

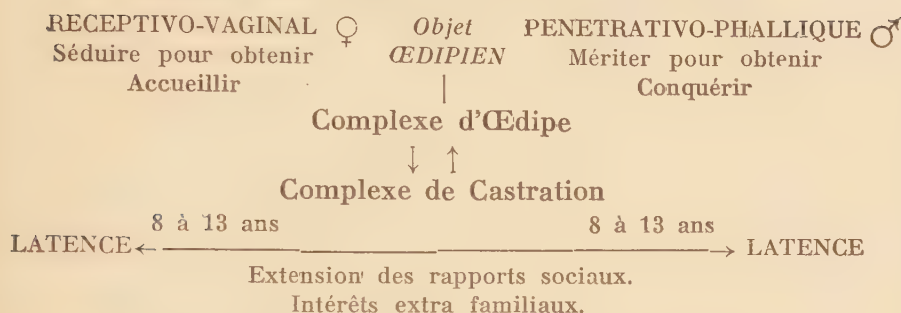
| Réactivation sado-phallique ambi-

Réinvestissement narcissique.

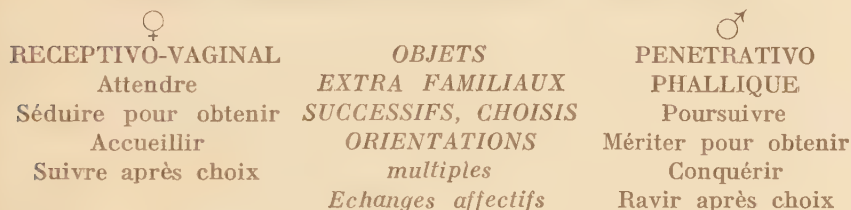
teuse.

(1) NE PAS FAIRE étant pris ici dans le sens libidinal. Le Négativisme de l'attitude est une extériorisation de pulsions positives. *La négation libidinale* est « l'absence de pulsions » aussi bien agressives que passives. Le sujet ignore l'objet même dans son inconscient. Les Pulsions libidinales sont agressives et passives. La fille est plus passive que le garçon lorsqu'elle est positive au point de vue libidinal. Son comportement est plus statique que celui du garçon quand elle désire ou repousse un objet libidinalement investi, que cet investissement soit inconscient seulement ou en accord avec le conscient.

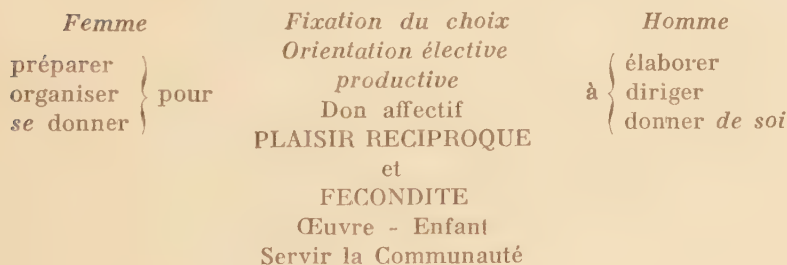
STADE EGO-GENITAL PREPUBERTAIRE



STADE RECIPROCO-GENITAL PUBERTAIRE



STADE OBLATIVO-GENITAL ADULTE



CONCLUSIONS

— Les connaissances psychanalytiques peuvent être d'une aide considérable pour tous les médecins, surtout les pédiâtres, dans la pratique médicale journalière.

— Le développement psycho-affectif passe par les mêmes étapes successives, chez tous les individus. La sexualité, au sens freudien du mot, qui n'est pas synonyme de génitalité y joue un rôle primordial.

— Parmi les étapes les plus importantes dans la formation de la personnalité, il faut placer celle que l'on appelle dans les écrits psychanalytiques le Complexe de Castration.

— Le Complexe de Castration est inéluctable au cours du développement humain individuel. Dès son apparition, il entre en conflit avec le Complexe d'Œdipe. Le Complexe de Castration se traduit en quelque sorte par ce dilemme affectif tragique : satisfaction œdipienne imaginaire qui entraîne l'angoisse de Castration, ou abandon de l'intérêt sexuel œdipien qui permet d'établir des relations d'amitié avec les deux parents. Il entraîne nécessairement avec lui des angoisses à rôle culturel important -- le refoulement des affects incestueux et la formation du Sur-moi qui caractérise l'homme adapté à une vie sociale.

— Il dresse des écueils sur le chemin de la vie à beaucoup d'entre nous.

— La Clinique infantile permet de donner un aperçu de la symptomatologie très variée que peut entraîner la non-résolution du Complexe de Castration et qui fait conduire l'enfant bien plus souvent au médecin qu'au psychothérapeute.

— Dans ces observations citées, les symptômes se rapportent, soit à des tendances libidinales refoulées et qui réapparaissent déguisées et méconnaissables, soit à des réactions

inconscientes du sujet traduisant des conflits prégénitaux, eux-mêmes non résolus en leur temps (frustration anale ou orale) et que l'angoisse de Castration, impossible à résoudre, à la période phallique, permet de réactiver à la faveur d'une régression libidinale.

— Dans tous les cas où le Complexe de Castration n'est pas résolu on assiste à des anomalies (entraves ou exagérations) des tendances libidinales agressives dont le libre jeu est indispensable à l'adaptation sociale.

— En effet, l'angoisse de Castration impose trois attitudes.

L'une, la soumission, c'est-à-dire la liquidation du Complexe d'Œdipe. C'est sa seule solution heureuse et adéquate à l'attitude sociale dite normale.

Les deux autres sont l'une, la fuite devant l'angoisse de Castration, l'autre, la protestation et la lutte ouverte contre elle.

— Quand il y a fuite, le sujet le traduit soit par une inhibition totale de son activité, soit par l'instabilité, fuite mentale, soit par des fugues réelles. (Nous n'en avons pas donné d'exemples, car ces enfants-là sont conduits directement chez les psychiatres).

— Quand il y a protestation véhémement de l'Inconscient devant le cruel dilemme qui lui est imposé, le sujet l'exprime par des troubles du caractère accompagnés de régression à des stades d'organisation archaïque de la sexualité. Et ce seront les manifestations plus ou moins fortes d'insociabilité et les perversions. A cause des affects incestueux qu'elles visent à défendre, ces satisfactions quoique régressives, entraînent une culpabilité inconsciente. Celle-ci doit être apaisée, sous peine d'angoisse. Si la punition ne vient pas, l'angoisse devient intolérable, l'échec auto-punitif est nécessaire. Mais si elle vient, elle renforce encore les sentiments d'infériorité et de révolte qui entraîneront à leur tour de nouvelles manifestations agressives. On voit donc à quelle « course à la mort » un sujet peut être ainsi entraîné. Le cas de Jean en est un exemple éloquent.

— Derrière des symptômes apparemment semblables chez les filles et chez les garçons, il existe une différence réelle entre le Complexe de Castration de la fille et celui du garçon.

— L'angoisse de Castration et la peur de la mort ne sont point superposables, et pas toujours associées. Leur association à notre avis est symptomatique d'une névrose. L'attitude sincère de tout être sain moralement et physiquement en présence de la mort, nous paraît être la peur et la tentative de fuite devant sa menace, le désintérêt le reste du temps. La peur répond à une réalité : la mort nous attend tous, notre infériorité à son égard est vraie. La peur est rationnelle. Les réactions de défense aussi. Au contraire, l'angoisse de Castration, si elle est basée à son apparition sur une infériorité réelle, ne dépend pas nécessairement de menaces extérieures. De plus, quand le Complexe de Castration reste névrotiquement actif ou qu'il se réveille chez l'adulte, l'angoisse qu'il entraîne a une origine inconsciente, les menaces de mutilations sexuelles sont inexistantes, et l'infériorité, si elle n'était pas due à des sentiments irrationnels, pourrait toujours être socialement compensée d'une façon satisfaisante.

— Ce court travail n'a pas permis d'aborder les questions fort nombreuses qui se posent à propos du Complexe de Castration.

— Son but est d'intéresser nos confrères non psychanalystes à ce moment important du développement psycho-affectif individuel et à son rôle dans l'étiologie des symptômes physiques fonctionnels et des troubles du comportement.

Puisse-t-il encore montrer l'intérêt thérapeutique de la Psychanalyse.

Vu : Le Président de la Thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE ¹

- SIGMUND FREUD. — Cinq leçons sur la psychanalyse. Trad. Yves Le Lay. *Editions Payot*, 1921.
- Introduction à la psychanalyse. Trad. Jankélévitch. *Payot*, 1922.
- La Psychopathologie de la vie quotidienne. Trad. Jankélévitch. *Payot*, 1922.
- Totem et Tabou. Trad. Jankélévitch. *Payot*, 1923.
- Le Rêve et son interprétation. Trad. Hélène Le Gros. *N. R. F.*, 1925.
- Trois Essais sur la théorie de la sexualité. Trad. Dr Reverchon. *N. R. F.*, 1925.
- La Science des Rêves. Trad. Meyerson. *Alcan*, 1926.
- Un Souvenir d'enfance de Léonard de Vinci. Trad. Marie Bonaparte. *N. R. F.*, 1927.
- Essais de psychanalyse. Trad. Jankélévitch. *Payot*, 1927.
- Ma vie et la psychanalyse, suivi de Psychanalyse et médecine. Trad. Marie Bonaparte. *N. R. F.*, 1928.
- Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient. Trad. Marie Bonaparte et Dr M. Nathan. *N. R. F.*, 1930.
- Délire et Rêves dans la « Gradavi » de Jensen. Trad. Marie Bonaparte. *N. R. F.*, 1931.
- Rapport entre un symbole et un symptôme. *In Revue de Psych.*, tome VIII, n° 3.
- Analyse d'une phobie chez un petit garçon de cinq ans (Le Petit Hans). Trad. Marie Bonaparte, *in Revue de Psychanalyse*, Tome II, n° 3.
- Fragment d'une analyse d'hystérie. Le cas de Dora. Trad. Marie Bonaparte et B. Löwenstein. *In Revue de Psych.*, Tome II, n° 1.
- La négation. Trad. Hoesli. *In Revue de Psychanalyse*, Tome VII, n° 2.
- Deux mensonges d'enfant. *In Revue de Psych.*, Tome VII, n° 4.

(1) Ouvrages de langue française ou traduits en français.

- Le déclin du Complexe d'Edipe. *Revue de Psychanalyse*, t. VII, n° 3.
- Le Tabou de la Virginité. *In Revue de Psych.*, Tome VI, n° 1.
- On bat un enfant. *In Revue de Psych.*, Tome VI, n° 4.
- Sur les transformations des pulsions particulièrement dans l'érotisme anal.
- M. BONAPARTE. — La théorie des Instincts.
- La Prophylaxie des névroses. *In Revue de Psych.*, tome IV, n° 1.
- L'identification d'une fille à sa mère morte. *In Revue de Psych.*, Tome 2, n° 4.
- M. O. H. CODET. — Enurésie symptôme Psychogénie in *Evol. Psychiatrique*, 1936, n° 3.
- Sémiologie des arriérations affectives in *Evol. Psychiatrique*, 1937, n° 1.
- ROLAND DALBIÉZ. — La méthode psychanalytique et la Doctrine Freudienne Desclée de Brower.
- ANNA FREUD. — Introduction à la Psychanalyse des enfants. *In Revue de Psych.* Tome IV, n° 3, 4.
- Les mécanismes de défense du Moi (1936). Trad. en cours.
- E. JONES. — Le développement périmaire de la sexualité de la femme. *In Revue de Psych.*, tome III, n° 1.
- LAFORGUE. — La névrose familiale. *In Revue de Psych.*, Tome IX, n° 2.
- Clinique Psychanalytique, 1936, Denoël et Steele.
- Les mécanisme d'auto-punition et leur influence sur le caractère de l'enfant.
- LAFORGUE et HESNARD. — Les processus d'auto punition, Tome III, n° 4.
- LEUBA. — Analyse rapide d'une névrose d'angoisse à base de complexe de Castration.
- La famille névrotique et les nécroses familiales. *In Revue de Psych.*, Tome IX, n° 2.
- SOPHIE MORGENSTERN. — la Psychanalyse infantile et son rôle dans l'hygiène mentale. *In Revue de Psych.*, Tome IX, n° 1.
- Quelques aperçus sur l'expression du sentiment de la culpabilité dans les rêves d'enfant. *In Revue de Psych.*, Tome VI, n° 2.
- Contributions au problème de l'hystérie chez l'enfant. (*Evol. Psychiatr.*, 1937, n° II).
- Psychanalyse et éducation. *In Evol. Psychiatrique*, 1933, II.
- Psychanalyse infantile. Symbolisme et valeur clinique des créations imaginatives chez l'enfant. Paris 1937.
- G. MAUCO. — La Psychologie de l'enfant, dans ses rapports avec la psychologie de l'inconscient. *In Revue de Psychanalyse*, Tome X, n° 3 et 4.

- PARCHEMINEY et E. PICHON. — Sur les traitements psydrothérapiques courts d'inspiration freudienne chez les enfants. *In Revue de Psychanalyse*, T. 2, n° 4.
- Ed. PICHON et LAFORGUE (R.). — Le psychisme infantile et la psychanalyse. *Revue française de Pédiatrie*, t. I, n° 6, 1926, p. 727-734).
- PICHON (Ed.). — Court document d'onirocritique. *Revue française de psychanalyse*, t. III, n° 3, p. 482, 490.
- Aperçu sur le développement moteur et psychique de l'enfant. *Paris médical*, 22^e année, n° 2, Janvier 1932, p. 38-44.
 - Rêve d'une femme frigide. *Revue française de psychanalyse*, t. V, n° 2, p. 220-228.
 - La psychanalyse dans l'art médical. *L'Evolution Psychiatrique*, 2^e série, n° 5, p. 79-103.
 - Névroses infantiles. *Journal Médical Français*, t. XXII, n° 4, Avril 1933, p. 120-123.
 - Esquisse du développement neuro-psychique dans la première enfance. *Gazette médicale de France et des pays de langue française*, 15 janvier 1934.
 - La polarisation masculin-féminin. *L' Evolution Psychiatrique*, année 1934, fasc. III, p. 59-96.
 - Le développement de langage chez l'enfant. *La semaine des Hôpitaux*, 1^{er} mars 1935, n° 132-143.
 - Le développement physique de l'enfant et de l'adolescent.. Masson, 1936.
- PICHON (Ed.) et (S.) BOREL MAISONNY. — Le bégaiement, sa nature et son traitement.
- PICHON (Ed.). — Le rôle de la famille dans le développement affectif et moral. *Revue médico-sociale de l'enfance*, Sept-Oct. 1937, p. 321-334.
- A l'aise dans la civilisation. *Revue française de psychanalyse*, t. X, n° 1, p. 3-49.
 - La psychanalyse. *Article de l'Encyclopédie française*, Mars 1938.
 - Sur un cas de schématisation infantile. *Journal de psychiatrie infantile*, 1938, V^e année, fasc. 3.
 - Evolution divergente de la génitalité et de la sexualité dans la civilisation occidentale. *Revue française de psychanalyse*, t. X, n° 3, p. 461-470.
- SAUSSURE. — Psychanalyse et Education: in *Revue de Psychanalyse*, t. V, n° 4.
- Apprendre et sentir, t. V, n° 2.
 - Conduites d'obéissance et d'expérience. in *Journal Psychiatrique*, 1937. II.
- ZULLINGER. — La Psychanalyse et les écoles nouvelles. in *Revue de Psychanalyse*, t. 2, n° 4.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
 <i>Chapitre I.</i>	
1. Signification du terme « Complexe de Castration »	20
2. La Physiologie affective selon la psychanalyse	23
3. Conséquences de technique psychanalytique	31
 <i>Chapitre II.</i>	
1. Evolution instinctuelle	33
La libido	35
La Sexualité infantile	36
Le stade oral	37
Le stade anal	41
Le stade phallique	47
La phase de latence	56
Le stade génital	58
2. L'Intelligence et le niveau mental	59
3. Le Rôle primordial de la sexualité dans le développement de la personnalité	62
4. Pourquoi l'époque de la sexualité phallique est une des plus importantes dans la pathogénie des névroses. Inter- dictions de la masturbation	70
 <i>Chapitre III. — Le Complexe de Castration</i>	 79
1. L'activité sexuelle du stade phallique	79
2. L'angoisse primaire de Castration	84
3. Le Garçon. Angoisse de Castration. Lutte, écueils	89
4. La sexualité de la fille comparée à celle du garçon jus- qu'au Stade phallique	111
5. La Fille. Angoisse de Castration, lutte, écueils	116
6. Le symptôme énurésie dans la symptomatologie du com- plexe de castration névrotique	137
7. Angoisse de mort et Angoisse de castration	144
 <i>Chapitre IV.</i>	
Discussion et critique des moyens cliniques	154

Chapitre VI.

Deux rêves de Complexe de Castration	187
Dessins d'Angoisse de Castration primaire chez le garçon ..	189
— de Complexe de Castration	190
— de scène primitive	191
— d'angoisse de castration phallique chez la fille	192
<i>Observations Garçons</i>	193
Paul, 14 ans (Angoisse de mort).	146
Jean, 11 ans (Complexe de Castration avec troubles du caractère)	163
Observ. 1. G. normal, 4 ans	193
— 2. Jacques, 10 ans. Trouble du caractère, mythomanies, petites fugues	196
— 3. Bernard, 8 ans 1/2. Enurésie ancienne, incontinence d'urine et des matières d'apparition récente	204
— 4. Paul, 10 ans. Troubles du caractère, paresse, lenteur, instabilité, colères	207
— 5. Roland, 8 ans. Instabilité. Enurésie	212
— 6. Gérard, 8 ans 1/2. Enurésie et troubles du caractère (enfant unique)	216
— 7. Denis, 10 ans 1/2. Inhibition après la mort du père, arriération scolaire, intelligence supérieure à la normale	218
— 8. Marcel, 10 ans 1/2. Cas mixte, dysendocrinien et psychogène	227
<i>Observations Filles.</i>	
Josette, 3 ans. Dépérissement, insomnie	13 et 161
Observ. 9. Tote. Normale, 4 ans	237
— 10. Denise, 6 ans. Enurésie essentielle	239
— 11. Claudine, 7 ans. Nervosité. Enurésie diurne	244
— 12. Jeanne, 13 ans 1/2. Arriération scolaire. Hystérie. Etat général déficient	253
— 13. Monique, 14 ans. Complexe de virilité	263
Tableau schématique du développement libidinal dans les deux sexes	272
CONCLUSIONS	275
BIBLIOGRAPHIE	279

